

Anne Harjula

Ortogeriatrisen hoitotyön kehittäminen Seinäjoen keskussairaalan ortopedian osastolla

Opinnäytetyö

Kevät 2015

Sosiaali- ja terveysalan yksikkö

Kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveysala

Tutkinto-ohjelma: Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen, ylempi AMK

Tekijä: Anne Harjula

Työn nimi: Ortogeriatrisen hoitotyön kehittäminen Seinäjoen keskussairaalan ortopedian osastolla

Ohjaaja: Sirkka-Liisa Palomäki, yliopettaja

Vuosi: 2015

Sivumäärä: 65

Liitteiden lukumäärä: 3

Tulevaisuudessa ikääntyneiden murtumapotilaiden määrä lisääntyy ja näin ollen myös tarve ortogeriatriselle moniammatilliselle osaamiselle. Tämän vuoksi visiona on, että Seinäjoen keskussairaalaan perustettaisiin oma ortogeriatrinen kuntoutusyksikkö, joka tarjoaisi laadukasta hoitoa iäkkäille monisairaille murtumapotilaille. Ortogeriatrinen hoitotyö Seinäjoen keskussairaalassa on moniammatillista tiimityötä. Lähtökohta opinnäytetyölle on Seinäjoen keskussairaalan ortopedian vuodeosaston ja geriatrian poliklinikan välinen yhteistyö. Tällä hetkellä yhteistyö keskittyy iäkkäiden lonkkamurtumapotilaiden hoitoon.

Opinnäytetyön tarkoitus oli kehittää potilaslähtöistä ortogeriatrista hoitoa ortopedian vuodeosastolla. Työn tavoitteena oli selvittää ja kehittää hoitotyön haasteita. Lisäksi tavoitteena oli tulevaisuuden hoidon vision tukeminen. Tämä opinnäytetyö on toteutettu tutkimuksellisenä kehittämistyönä soveltaen Lean-ajattelu- ja toimintamallia. Kehittämistyö oli nelivaiheinen. Nykytilan kartoituksen tuottivat toiminnan organisaattorit (13) ja hoitohenkilöstö (22). Menetelminä käytettiin SWOT-analyysiä ja Webropol®-kyselyä. Kehittämisvaiheessa koko ortogeriatriselle yhteistyötiimille järjestettiin kolme kehittämisiltapäivää, joissa oli 18-22 osallistujaa. Kehittämisessä käytettiin osallistavia menetelmiä, kuten Learning café ja Lean (5 x miksi?, aivoriihi, arvovirtakuvaus ja A3-ongelmanratkaisu).

Kehittämistyön tuloksiksi muodostuivat ortogeriatrisen toimintayksikön perustamisen tarve, tiimityöskentelyn kehittäminen sekä työmenetelmien ja arvioinnin muutoksen tarve. Kehittämistyön prosessissa tuotettiin useita jatkokehittämisehdotuksia, sekä osoitettiin hoitotyön ”Lonkkamurtumapotilaan hoidon ohjeistuksen” vaikutukset hoidon laatuun. Yhteneväisten toimintatapojen merkitys korostui. Prosessi osoitti, että hoitohenkilöstö on halukas jatkossakin kehittämään hoitotyötä, jolloin heillä on vaikuttamismahdollisuus potilaan hyvään hoitoon ja omaan työhön ammattitaitonsa kautta. Nämä tekijät edesauttavat halutun tavoitteen, potilaslähtöisen ortogeriatrisen hoitotyön toteutumista.

Avainsanat: ortogeriatrinen hoitotyö, potilaslähtöisyys, moniammatillisuus, yhteisöllinen kehittäminen, Lean-menetelmä

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Faculty: School of Health Care and Social Work

Degree programme: Master's Degree Programme in Development and Management of Social Work and Health Care

Author: Anne Harjula

Title of thesis: Deveploment of Orthogeriatric Nursing on the Orthopaedic Ward in Seinäjoki Central Hospital

Supervisor: Sirkka-Liisa, Palomäki, principal lecturer

Year: 2015

Number of pages: 65

Number of appendices: 3

In the future elderly fracture patients is increasing and hence also the need of orthogeriatric multi-professional skills. Therefore, the vision is that Seinäjoki Central Hospital would found their own orthogeriatric rehabilitation unit, which would provide high-quality care to elderly patients with comorbidity fracture patients. Orthogeriatric nursing in Seinäjoki Central Hospital is multidisciplinary collaboration. The basis for this thesis is the collaboration between Seinäjoki Central Hospital's orthopedic ward and geriatrics outpatient clinic. At the moment, the collaboration concentrates on the care of elderly hip fracture patients.

The purpose of this thesis was to develop patient-centered orthogeriatric nursing in orthopedic ward. The aim was to solve and develop nursing challenges, as well as to support the vision of future nursing. This work was executed as a research development work applying the Lean-thinking- and operational model. This development work consist of four sections. The current surveying was provided by operation organizers (13) and staff of nursing (22). The methods used were SWOT-analysis and Webropol®-inquiry. For the development section, three development afternoons were organized to the whole orthogeriatric collaboration team. There were 18-22 participants. Participatory methods were utilized for these afternoons. Learning café and Lean-methods (as 5 x why?, brainstorming, value stream mapping (VSM) and A3-problem solving).

The results indicated the need for an orthogeriatric rehabilitation unit foundation, developing of teamwork and work systems, as well as evaluation changing needs. The development work process and use of Lean-methods pointed out several development suggestions, and also showed the effects of "Hip fracture patients' nursing directions" on the quality of nursing. The importance of a convergent way of acting were emphasized. The process pointed out the willingness of nursing staff to develop nursing when they have a change to influence patients care and their own work by their professional competence. These factors contribute to fulfill the goal, which is the realization of patient-centered orthogeriatric nursing.

Keywords: orthogeriatric nursing, patient-centeredness, communal development, multidisciplinary collaboration, Lean-method

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä.....	2
Thesis abstract.....	3
SISÄLTÖ	4
Kuva-, kuvio- ja taulukkoluettelo	6
Käytetyt termit ja lyhenteet sekä tiedonhaku	7
1 JOHDANTO	8
2 KEHITTÄMISTYÖN YHTEISTYÖTAHOT JA LÄHTÖKOHDAT	9
2.1 Seinäjoen keskussairaalan ortopedian- ja neurokirurgian vuodeosasto	9
2.2 Seinäjoen keskussairaalan geriatrian poliklinikka	9
2.3 Kehittämistyön lähtökohdat	10
2.4 Kehittämistyön tarkoitus, tavoite ja kehittämiskysymykset	11
3 IKÄÄNTYNYT LONKKAMURTUMAPOTILAS	12
4 ORTOGERIATRINEN HOITOTYÖ	14
4.1 Ortogeriatria ja lonkkamurtumapotilaan hoito	14
4.2 Ortogeriatrisen hoitotyön ohjeistus.....	16
4.3 Ortogeriatrisen hoitotyön nykyinen toiminta ortopedian osastolla	17
4.4 Lonkkamurtumapotilaan hoidon kustannusvaikuttavuus.....	18
5 TERVEYSPALVELUJEN KEHITTÄMINEN	19
5.1 Potilaslähtöisyys lähtökohta ja tavoite palvelujen kehittämisessä	20
5.2 Moniammatillinen hoitotiimi	23
6 KEHITTÄMISTYÖN MENETELMÄT JA AINEISTOT	24
6.1 Taustaoletuksena Lean–ajattelu- ja toimintamalli	25
6.2 SWOT-analyysi ja Webropol®-kysely	27
6.3 Learning cafe ja sovelletut Lean–menetelmät.....	30
6.4 Aineistojen analysointi	33
7 KEHITTÄMISTYÖN PROSESSI JA TULOKSET	35
7.1 Ortogeriatrisen toiminnan nykytilan kartoitus	35
7.1.1 Toiminnan organisaattoreiden kuvaama nykytila, kehittämishaasteet ja vahvuudet	35

7.1.2	Hoitohenkilöstön näkemykset ja kokemukset	37
7.2	Hoitotyön yhteisöllinen kehittäminen	38
7.2.1	Potilaslähtöisyys ortogeriatriksen hoitotyön kehittämisessä	39
7.2.2	Lonkkamurtumapotilaan terveydellisten haasteiden vaikutus ortogeriatriseen hoitotyöhön	42
7.2.3	Ortogeriatriksen hoitotyön toiminnallisten haasteiden kuvaus	44
7.3	Kehittämistyön arviointi	45
8	TULOSTEN TARKASTELU JA JOHTOPÄÄTÖKSET	48
9	POHDINTA	53
	LÄHTEET	57
	LIITTEET	65

Kuva-, kuvio- ja taulukkoluetelo

Kuva 1. Lonkkamurtumapotilaan hoitotyön arvovirtakuvaus	1
Kuvio 1. Reisiluun yläosan murtumien jaottelu ja luokitus (ICD 10).	13
Kuvio 2. Lonkkamurtumapotilaan pre- ja postoperatiivisen hoidon ohjeistus	16
Kuvio 3. Potilaslähtöisyyden rakentumisen tekijät koottuna em. teorialähteistä	22
Kuvio 4. Kehittämistyön vaiheet ja eteneminen.....	25
Kuvio 5. SWOT-analyysi	28
Kuvio 6. Kehittämistyön lähtökohdat	35
Kuvio 7. Ortogeriatrisen toiminnan nykytila, kehittämishaasteet ja vahvuudet	36
Kuvio 8. Ortogeriatrisen hoitotyön kehittämisen haasteet	36
Kuvio 9. Webropol®-kyselyn keskeisimmät tulokset	37
Kuvio 10. Kehittämistyön täydentyminen (vaiheet 1 ja 2).....	38
Kuvio 11. Kehittämistyön täydentyminen (vaiheet 1,2 ja 3).....	39
Kuvio 12. Mitä potilaslähtöisyys on?	40
Kuvio 13. Learning cafe ryhmät kehittämiskysymyksineen	41
Kuvio 14. Ortogeriatrisen toiminnan kehittämisen tulokset	41
Kuvio 15. Ortogeriatrisen toiminnan kehittämisen perusteet.....	42
Kuvio 16. Kehittämistyön kokonaisuus.....	46
Taulukko 1. Lonkkamurtumapotilaan hoitoon vaikuttavia tekijöitä.....	12
Taulukko 2. Mitä Lean on?	26
Taulukko 3. 5 x miksi? menetelmän esimerkkikuvaus	31
Taulukko 4. Prosessin arviointi	47
Taulukko 5. Miten hoitotyön ohjeistus/toteutus parantaa potilaan saamaa hoitoa tulokset	2
Taulukko 6. Ortogeriatrisen hoitotyön osaamisen itsearvioinnin tulokset.....	3
Taulukko 7. Ortogeriatrisen hoitotyön osaamisen itsearvioinnin muiden osa- alueiden tulokset	4
Taulukko 8. Hoitohenkilöstön arvio yhteistyöstä eri ammattiryhmien välillä	5
Taulukko 9. Hoitotyöntekijöiden halukkuuteen vaikuttavat tekijät ortogeriatrisessa hoitotyössä toimimiseen.....	8

Käytetyt termit ja lyhenteet sekä tiedonhaku

Ortogeriatria, iäkkäiden lonkkamurtumapotilaiden kokonaisvaltaista kuntouttavaa hoitoa. Hoidon toteuttajina ovat ortopedian, geriatrian, fysiatrian, anestesiologian ja hoitotyön ammattilaiset.

Ortogeriatrinen potilas, ortopedian osastolla hoidettavana oleva yli 65-vuotias potilas, jolla on reisiluun yläosan murtuma.

Ortogeriatrinen tiimi, työryhmä, joka koostuu ortopedista, geriatrasta, sairaanhoitajista, perushoitajista ja fysioterapeutista. Työryhmä hoitaa yhdessä ortogeriatria potilaita.

Toiminnan organisaattorit, geriatrian lääkärit (n=2) ja geriatrian osastonhoitaja, ortopedi, fysioterapian ortogeriatrian vastaavat toimijat (n=2) ja ortopedian osaston hoitotyön lähiesimiehet (n=2).

Lonkkamurtumapotilaan hoidonohjeistus, pre- ja postoperatiivinen hoidonohjeistus Seinäjoen keskussairaalassa.

Kehittämistyössä käytin seuraavia hakutietokantoja: Plari, Ebsco (Cinahl), Ebrary, Melinda, Nelli-portaali, Medline /Ovid ja Pubmed, Medic sekä Google Scholar. Haku rajattiin suomen- ja englanninkielisiin teoksiin. Hakusanoina käytin: ortogeriatria (orthogeriathric), ortogeriatrinen hoitotyö, (orthogeriathric nursing), potilaslähtöisyys (patient-centeredness, patient oriented), yhteisöllinen kehittäminen, moniammatillisuus ja tiimi (multidisciplinary team), sekä edellä mainittujen sanojen synonyymeja käyttäen YSA:a. Hakusanoja myös yhdistettiin, katkaistiin ja käytettiin AND- ja OR-määritteitä laajan haun saamiseksi. Aineistojen valinta tehtiin tiivistelmien perusteella. Aineistojen valinnassa arvioin luotettavuutta, tuloksia ja sovellettavuutta kehittämistyöhön.

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveysministeriön laatimassa sosiaali- ja terveystalitiikan strategiassa tavoitteena ovat asiakkaan ja potilaan aseman vahvistaminen ja palvelujärjestelmän kehittäminen mahdollisimman asiakas- ja potilaslähtöiseksi vuoteen 2020 mennessä (Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020). Tämän kehittämistyön lähtökohdaksi ja tarkoituksiksi muodostui potilaslähtöisen ortogeriatrisen hoitotyön kehittäminen. Ortogeriatrista hoitoa on tutkittu ja kehitetty paljon maailmanlaajuisesti. Suomessa ortogeriatrinen hoitotyö on vielä kehittyvää ja hyvin ajankohtaista väestön muuttuvan ikärakenteen vuoksi.

Lähtökohtana kehittämistyössä on ikääntyneen potilaan, usein monisairaana lonkkamurtumapotilaan hoitotyön kehittäminen. Kehittämistyössä pyrittiin arvostamaan työn lähtökohtia, strategisia valintoja ja arvoja, jotka yhdessä tukevat tärkeän potilasryhmän, ikääntyneiden ortogeriatrista hoitotyötä. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin strategiassa potilaslähtöisyydeksi on määritelty hoidon ja palveluiden kokonaisuuden toimimista potilaan kannalta tarkoituksenmukaisesti (Strategia 2013-2020, 4, 10). Tässä työssä näihin pyrittiin käyttämällä Lean-arvoja ja menetelmiä sekä osallistamalla toimijoita kehittämään hoitotyötä ammattitaitonsa kautta potilaan parhaaksi.

Kehittämistyö oli rakenteeltaan nelivaiheinen, lähtökohtien määrittäminen, nykytilanteen kartoitus, yhteisöllinen kehittäminen ja arviointi. Työ toteutettiin tutkimuksellisenä kehittämistyönä. Prosessi pyrki selvittämään ja tuottamaan lonkkamurtumapotilaan hoitoon vaikuttavia hoitotyön eri osa-alueita. Osa-alueita olivat potilaslähtöisyys hoitotyössä, yhteistyöhön liittyvät tekijät, lonkkamurtumapotilaan terveydelliset haasteet sekä niiden vaikutukset hoitotyön toimintaan. Raportti johdattaa lukijan teorian avulla käytännön kehittämistyön vaiheisiin. Toimin ortopedian osastolla vastaavana ortogeriatrisena hoitajana, mihin motivaationi kehittämistyön tekemiseen pohjautui. Tavoittelin viedä kehittämistyötä eteenpäin tukijan ja innostajan roolia hyödyntäen. Kehittämistyössä oleellista oli yhteisöllinen kehittäminen. Sen avulla saavutettiin merkittäviä tuloksia, joilla tähdätään yhä potilaslähtöisempään ortogeriatriseen hoitotyöhön.

2 KEHITTÄMISTYÖN YHTEISTYÖTAHOT JA LÄHTÖKOHDAT

Tämän luvun tarkoitus lukijalle on havainnollistaa toimintaympäristöä, jossa ortogeriatrinen potilaiden hoito tapahtuu ja jossa toimintaa kehitetään. Taustan tarkoitus on selventää kehittämistyön lähtökohtia. Luvussa kuvaan myös kehittämistyön tarkoituksen, tavoitteen ja kehittämiskysymykset.

2.1 Seinäjoen keskussairaalan ortopedian- ja neurokirurgian vuodeosasto

Seinäjoen keskussairaalan osasto A22 on ortopedian ja neurokirurgian vuodeosasto, jossa on 34 potilaspaikkaa. Osaston vakituiseen henkilökunnan muodostavat kaksi ylilääkärää, 11 ortopedia, neurokirurgi, käsikirurgi, viisi erikoistuvan vaiheen lääkäriä, osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja, 19 sairaanhoitajaa ja kuusi perushoitajaa ja kaksi osaston sihteeriä. (Toivola 2015.) Osastolla toteutetaan ortopedisten, traumatologisten, neurokirurgisten ja käsikirurgisten sairauksien hoitoa ja tutkimuksia. Osasto keskittyy vaativaan elektiiviseen (ennalta suunniteltuun) ortopediaan. Osastolla hoidetaan esimerkiksi lonkan- ja polven tekonivelpotilaita sekä selkäleikkauspotilaita. Neurologisia potilaita ovat erilaiset kaularanka-, selkäydinkasvainten poisto- ja kallon sisäisten verenpurkaumien poistotoimenpiteen kokeneet. Osastolla hoidetaan myös käsi- ja jalkakirurgisia potilaita. Päivystyksenä osastolle hoitoon tulevia potilaita ovat mm. lonkkamurtuma-, reisimurtuma-, lantio- ja rankamurtumapotilaat, yläraaja-, nilkka- ja jalkavammapotilaat sekä neurokirurgiset päivystyspotilaat. (Ortopedian osasto A22, [Viitattu 9.4.2014].)

2.2 Seinäjoen keskussairaalan geriatrian poliklinikka

Geriatrisen toiminnan tavoitteena Seinäjoen keskussairaalassa on edistää ikäihmisen terveyttä, toimintakykyä ja elämänlaatua. Geriatrian poliklinikalla tehdään yli 70-vuotiaille muistihäiriöpotilaille diagnostisia tutkimuksia, ensivaiheen hoitoa ja seurantaa. Poliklinikalla kehitetään tasapainopoliklinikkatoimintaa, lääkehoidon kokonaisarviointityötä ja ortogeriatriciaa. Poliklinikalla käy potilaita yhdessä saattajien kanssa vuosittain noin 5000. (Geriatrian poliklinikka, 7, [Viitattu 1.3.2014].) Geriatrian poliklinikan vakituinen henkilöstö muodostuu kahdesta erikoislääkäristä

virasta, erikoistuvan vaiheen lääkärin virasta, osastonhoitajasta ja kahdesta sairaanhoitajan toimesta. Lisäksi poliklinikalla on ollut ajoittain yleislääketieteen erikoistuvia lääkäreitä lyhyillä palvelujaksoilla ja yhtä sairaanhoitajaa on tarvittaessa käytetty tutkimus- ja hankehoitajan tehtäviin. Geriatrian poliklinikka tekee tiivistä yhteistyötä useiden ammattiryhmien kanssa. Yhteistyötä tehdään muun muassa fysioterapian, psykologian, sosiaalityöntekijän ja farmaseutin kanssa. Poliklinikka on profiloitunut koulutuspaikaksi koko terveydenhuollon henkilöstölle. (Nuotio 2015.) Ortopedian osaston ja geriatrian poliklinikan välinen yhteistyö on käynnistynyt vuonna 2007. Tuolloin aloitettiin moniammatillinen yhteistyö, jossa geriatrit osallistuivat lonkkamurtumapotilaiden hoitoon jo leikkaushoitojakson aikana. Toiminta siirtyi ortopedian osastolle A22 vuonna 2008 yleiskirurgian (tuolloin myös traumatologian osasto) osastolta A21. (Korpi ym. 2013, 132.)

2.3 Kehittämistyön lähtökohdat

Kehittämistyön keskeinen lähtökohta on ortopedian vuodeosaston ja geriatrian poliklinikan välinen yhteistyö. Osastollamme on ortogeriatristen potilaiden hoidossa käytössä ”Lonkkamurtumapotilaan hoidon ohjeistus”, jota sovelletaan myös muiden iäkkäiden murtumapotilaiden hoidossa ja se perustuu lonkkamurtuman Käypä hoito-suositukseen (2011). Ohjeistus sisältää toimintaohjeet lonkkamurtumapotilaan pre- ja postoperatiiviseen hoitoon. (Jousmäki, Sipilä & Nuotio 2013.) Kts. luku 4.2.

Sisältöjen kehittämisessä ja näkökulmien käsittelyssä lähtökohtana on Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin strategia 2013-2020 sekä sosiaali- ja terveysministeriön laatima terveyspolitiikan strategia, jossa tavoitteena on mm. palvelujärjestelmien kehittäminen mahdollisimman asiakas- ja potilaslähtöiseksi vuoteen 2020 mennessä. (Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020.) Lisäksi kehittämistyön taustalla vaikuttaa ortopedian toimintayksikön tekemä osastotoiminnan tilasuunnitelma-tarveselvitys, jonka tarkoitus oli selvittää tulevaisuuden palvelutarvetta. Selvityksen tavoitteena oli luoda Lean-periaatteiden mukainen toimintamalli huomioiden potilaslähtöisyys. Suunnitelma sisältää muun muassa lonkkamurtumapotilaan hoitoprosessin kehittämisen sekä fyysiset tilasuunnittelut. (Jokipii ym. 2014.)

Suunnitelmassa toiminnallisten muutosten osalta on, että ortogeriatisille potilaille saadaan tulevaisuudessa kahdeksan potilaspaikkaa. Hoitovastuu ortogeriatisista potilaista on ortopedeilla ensimmäiseen leikkauksen jälkeiseen päivään asti. Tämän jälkeen hoidosta vastaa geriatri ja ortopedit toimivat konsultoivassa roolissa. Toiminnassa korostuvat aktiivinen kuntoutus ja potilaan omatoimisuuteen kannustaminen, perussairauksien hyvä hoito, lääkitysten optimointi sekä kaatumisriskin pienentäminen. Potilasta kuntoutetaan osastolla 7-14 vuorokautta pyrkien siihen, että potilas voi palata entiseen asuinpaikkaansa sinne tarjottavan avun turvin. Osa potilaista tarvitsee enemmän tukea ja aikaa kuntoutumiseen, jolloin heidät siirretään jatkokuntoutukseen oman alueen terveyskeskukseen n. 5-7 vrk:n akuuttijakson jälkeen. Huonokuntoisimmat laitoshoidossa olleet vuodepotilaat siirtyvät jatkohoitoon n. 2-3 vrk:n kuluttua leikkauksesta. Suunnitelmassa potilasmääräksi arvioidaan noin 250 potilasta vuodessa. (Jokipii ym. 2014.)

2.4 Kehittämistyön tarkoitus, tavoite ja kehittämiskysymykset

Kehittämistyön tarkoitus oli kehittää potilaslähtöistä ortogeriatriasta hoitotyötä ortopedian osastolla. Kehittämistyön tavoitteena oli selvittää ja kehittää hoitotyön haasteita yhteisöllisesti soveltaen Lean–ajattelu- ja toimintamallia. Tavoitteena oli myös tukea toiminnallisen tilasuunnitelma-tarveselvityksen suunnitelman toteutumista. Kehittämistyössä perehdyttiin teoriaan ja tuotettiin uutta käytäntölähtöistä tietoa. Niiden yhdistäminen hyödynnettiin ortogeriatriksen hoitotyön kehittämisessä. Pyrkimyksenä oli osallistaa kaikki yhteistyötahot, jotka toiminnassa vaikuttavat. Kehittämistyötä ohjanneet kysymykset ovat:

- Mitä potilaslähtöisyys on ortogeriatisessa hoitotyössä?
- Miten ortogeriatriksen potilaiden hoitotyötä voidaan kehittää yhteisöllisesti soveltamalla Lean–menetelmiä ja -ajattelua?
- Mitkä prosessilähtöiset tekijät vaikuttavat ortogeriatriksen hoitotyön kehittämiseen?
- Miten potilaiden hoitoa voidaan tehostaa toteuttamalla käytännön hoitotyötä lonkkamurtumapotilaan hoidon ohjeistuksen mukaisesti?
- Millaisia resursseja (osaaminen, henkilöstön määrä, tilat, aika) ortogeriatriksen hoitotyö vaatii?

3 IKÄÄNTYNYT LONKKAMURTUMAPOTILAS

Tilastokeskuksen väestöennusteen mukaan yli 65-vuotiaiden osuus kasvaa nykyisestä 18 %:sta 26%:iin vuoteen 2030 mennessä (Suomen virallinen tilasto 2012). Väestön ikärakenteen muuttuessa vanhuksia on enemmän, dementia ja muut pitkäaikaissairaudet yleistyvät ja monisairaiden potilaiden lukumäärä kasvaa. Se merkitsee, että yhteiskunnan on mukauduttava laajasti entistä iäkkäämmän väestön tarpeisiin. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimukset osoittavat, että henkilöstöä tarvitaan lisää, ellei palvelujen tuottavuus parane. Tuottavuutta voidaan parantaa uudistamalla palvelujen organisointia ja tuotantotapoja. Myös terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaavia toimia on edistettävä. Tarvitaan monialaisten palvelujen tarjoajien tukea, jolla mahdollistetaan ikääntyneen omaa toimijuutta ja itsenäisyyttä. Palvelujen tulee olla oikea-aikaisia ja lähellä asiakkaita. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2013, 15; Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020, 10; Suhonen 2012, 63.) Tässä työssä yhdistyivät tutkittu tieto ja ammatillinen kokemustieto ikääntyneiden potilaiden hoitotyössä. Tällä pyritään tukemaan ikääntyneiden potilaiden itsenäistä selviytymistä lonkkamurtuman jälkeen.

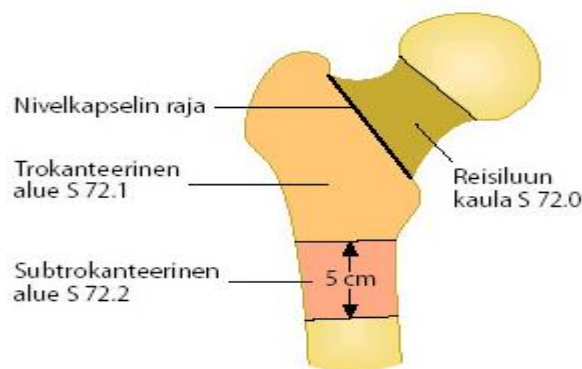
Lonkkamurtumapotilaat ovat merkittävä geriatrisen intervention kohderyhmä, koska he ovat usein monisairaita, monilääkittyjä ja aliravittuja, keski-ikänsä 80-vuotiaita (Nuotio, Jokipii, Viitanen & Jäntti 2009, 1985.) Näin ollen lonkkamurtumapotilaan hoidossa on useita haasteita, jotka vaikuttavat potilaan hoitoon ja toipumiseen. Taulukossa 1. on esitetty lonkkamurtuman riskitekijöitä, jotka ovat myös hoitoon ja kuntoutukseen vaikuttavia tekijöitä.

Taulukko 1. Lonkkamurtumapotilaan hoitoon vaikuttavia tekijöitä (Mukaillen Käypä hoito -suositus 2011)

Lonkkamurtumapotilaan hoitoon vaikuttavia tekijöitä	
Korkea ikä	Pieni painoindeksi
Huono ravitsemus	Halvaus
Aiempi murtuma	Parkinsonin tauti
Heikentynyt liikuntakyky ja lihasheikkous	Heikko näkökyky
Tupakointi	Muistisairaus
Runsas alkoholin käyttö	Nivelreuma
Lääkkeiden käyttö	Laitoksessa asuminen
Muut perussairaudet	

Yli 90% lonkkamurtumista johtuu kaatumisesta. Lonkkamurtumat ovat merkittävimpiä terveydenhuollon haasteita Suomessa. Väestön vanhetessa myös murtumien määrä lisääntyy. Lonkkamurtumapotilaista 12-37% kuolee vuoden kuluessa murtumasta. Lonkkamurtuman saaneista henkilöistä joka viides saa haitan, joka uhkaa itsenäistä asumista ja heistä jopa kolmannes joutuu siirtymään kotoa pysyvään laitoshoitoon. (Koistinen 2012, 31-32; Käypä hoito -suositus 2011; Lonkkamurtuma, [Viitattu 19.9.2014]; Nuotio 2009, 1985; Niemi 2012, 36-37.) Lonkkamurtumien hoitoon kuluu keskimäärin 47,5 vuorokautta, josta noin seitsemän vuorokautta leikkaushoitajakseen (Koistinen 2012, 31).

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä lonkkamurtumapotilaan mediaani hoitoaika on kuusi päivää. Kuolleisuus on noin 10% kuukauden kuluttua leikkauksesta, 19% neljän kuukauden kuluttua ja vuoden kuluttua kuolleisuus on 24%. (Nuotio 2015.) Kuviossa 1. on esitetty reisiluun yläosan murtumien jaottelu ja luokitus (ICD 10).



Kuvio 1. Reisiluun yläosan murtumien jaottelu ja luokitus (ICD 10).
(Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2014)

4 ORTOGERIATRINEN HOITOTYÖ

Ortogeriatrinen hoitotyö tapahtuu ortopedian ja neurokirurgian vuodeosastolla A22. Osaston rakenne ja erikoisalojen laaja-alaisuus asettavat hoitotyöntekijöille mittavat vaatimukset hoitotyön osaamisen suhteen. Osaston hoitohenkilökunnalla on erilaisia hoitotyön koulutustaustoja. Tämän vuoksi avaan lyhyesti gerontologisen hoitotyön käsitettä. Gerontologista hoitotyötä ei voi luokitella pelkäksi sairaanhoidoksi, sillä tavoitteena hoitotyössä on ottaa huomioon ikääntynyt ihminen kokonaisuutena. Hoitotyössä huomioidaan ikääntyneen ihmisen jäljellä olevat voimavarat ja toimintakyvyn eri ulottuvuudet. Elämänlaadun tukeminen ja vuorovaikutustaidot ovat keskeisiä gerontologian ja hoitotyön osaamisalueita. Moniammatillinen yhteistyö korostuu gerontologisessa hoitotyössä. Gerontologisen hoitotyön osaaminen on voimavara, joka lisää hoitajan kykyä toimia työssään ikääntyneen ihmisen parhaaksi. (Tarhonen 2013, 11-14.)

4.1 Ortogeriatria ja lonkkamurtumapotilaan hoito

Ortogeriatria on tieteenalana kehittynyt Isossa-Britanniassa jo 1950-luvulla (Barton & Mulley 2003, 231). Ortogeriatria koostuu ortopedian, geriatrian, fysiatrian ja anestesiologian tieteenaloista. Ortogeriatria tarjoaa moniammatillista kokonaisvaltaista kuntouttavaa hoitoa (Barton & Mulley, 231; Nuotio ym. 2009, 1985-1986). Ortogeriatrinen toiminta käynnistyi Seinäjoen keskussairaalassa vuonna 2007 (Korpi ym. 2013, 132). Tämän hetkinen ortogeriatrinen toiminta ortopedian vuodeosastolla keskittyy iäkkäiden yli 65-vuotiaiden lonkkamurtumapotilaiden hoitoon. Rellmanin (2011, 39) raportissa todetaan, että geriatrian erikoisyksiköitä Suomessa on vain muutamassa keskussairaalassa eikä juuri lainkaan yliopistosairaloissa. Etelä-Pohjanmaan keskussairaalassa ortogeriatrian osalta yhteistyö on ollut hyvin toimivaa, mutta geriatrien työpanos ei riitä yhteistyön kehittämiseen muiden erikoisalojen kanssa eikä myöskään kuntakäyntien toteuttamiseen.

Skotlannin kansallinen hoitosuositus, Management of hip fracture in older people – A national clinical guideline (2009) suosittelee, että kaikille lonkkamurtumapotilaille tehdään laaja-alainen kokonaistilanteen arviointi. Geriatrien kokonaisvaltainen *arviointi* (comprehensive geriatric assessment, CGA) on moniulotteinen, moniam-

matillinen vanhuspotilaan diagnostinen selvittely. Siinä perinteisen lääketieteellisen diagnostiikan ohella tutkitaan vanhuksen psyykkinen, sosiaalinen ja fyysinen toimintakyky. Lisäksi ympäristön merkitys otetaan huomioon vanhuksen selviytymisen tukemisessa. CGA, on *kustannusvaikuttava lähestymistapa ja hoitomenetelmä*, joka vähentää kuolemanvaaraa, lyhentää sairaalajaksoja, parantaa toimintakykyä ja lykkää pitkäaikaista laitoshoidoa. Siitä on hyötyä ennen kaikkea monisairaiden, hauraiden ja suuren riskin omaavien vanhusten kohdalla. (Valvanne 2012, 62; Sletvold ym. 2011; Beswick ym. 2008, 725-735.)

Hartikaisen & Lönnroosin (2008, 284) ja Käypä hoito –suosituksen (2011) mukaan lonkkamurtumapotilaan kuntoutus tulee keskittää vanhusten sairauksiin perehtyneisiin yksikköihin. Kuntoutuspaikan on oltava asianmukainen niin fyysisen ympäristön ja resursoinnin kuin henkilökunnan tietojen, taitojen ja asenteidenkin suhteen. Lonkkamurtumapotilaat, joilla on pitkäaikaissairauksia, heikentynyt murtumaa edeltänyt toimintakyky ja alentunut kognitiivinen toimintakyky, hyötyvät keskitetystä kuntoutuksesta. Myös kuntoutuksen nopealla aloituksella on hoitotulosten kannalta parantava vaikutus. (Hakala ym. 2014, 319-323; Magement of hip fracture in older people – A national clinical guideline 2009, 25-28.)

Englannin ortopediyhdistyksen (British Orthopaedic Association) suosituksessa; The care of patients with fragility fracture (2007, 36-43) suositellaan, että jokaiseen akuuttiin sairaalaan perustettaisiin yksikkö, joka vastaa alueellisen ortogeriatrisen toiminnan kehittämisestä. Suosituksessa korostetaan ortopedien ja geriatrien yhteistyötä hoidettaessa hauraita murtumapotilaita. Ortogeriatrisessa hoidossa tarvitaan moniammatillista työotetta, hyvää tiedonkulkua, joustavaa yhteistyötä ja yhteistä vastuunottoa. *Hoidossa korostuu moniammatillinen leikkauksen jälkeinen hoito*. Samansuuntaisiin tuloksiin on päädytty Makin, Cameronin & Marchin (2010, 37-41) sekä Hakalan ym. (2014, 319-323) tutkimuksissa, joissa todettiin että varhainen, päivittäinen ja moniammatillinen ortogeriatrinen *arviointi ja hoito* vähentävät sairaalakuolleisuutta ja komplikaatioita, parantavat potilaiden toimintakykyä ja vähentävät potilaiden pitkäaikaishoidon tarvetta.

4.2 Ortogeriatrisen hoitotyön ohjeistus

Ortogeriatristen potilaiden hoitoon on kehitetty ”Lonkkamurtumapotilaan hoidon ohjeistus Seinäjoen keskussairaalassa”. Ohjeistuksen on laatinut moniammatillinen työryhmä: ortopedian, anestesiologian ja geriatrian lääkäri sekä ortogeriatrinen työryhmä. Hoidon ohjeistus perustuu Käypä hoito –suositukseen (2011). Ohjeistusta sovelletaan myös muiden iäkkäiden murtumapotilaiden hoidossa. (Jousmäki, Sipilä & Nuotio 2013.) Kuviossa 2 esitetään hoitotyön ohjeistuksen sisältö.



Kuvio 2. Lonkkamurtumapotilaan pre- ja postoperatiivisen hoidon ohjeistus (Jousmäki, Sipilä & Nuotio 2013).

Ohjeistus sisältää myös leikkausmenetelmän valinnan ohjeistuksen. Leikkaushoito tulee toteuttaa mahdollisimman nopeasti, viimeistään 24 tunnin kuluessa sairaalaan tulosta. Myös jatkohoito-ohjeet on ohjeistettu loppulausuntojen ja kontrollien osalta. Ohjeistus sisältää myös geriatrian poliklinikan sairaanhoitajan toimintaohjeet. Hän käy osastolla tapaamassa potilasta ja tekee kartoitukset joko haastatteleamalla potilasta, hänen omaistaan tai hoitolaitoksen hoitajaa. Kartoituksiin lukeutuvat: asuminen ja tukitoimet, liikkuminen ja apuvälineet, mahdolliset muistiongelmät ja niiden tutkimukset ennen murtumaa (MMSE), kaatumistapaturma ja sen olosuhteet, ravitsemustilan arviointi (MNA-mittari), käytössä oleva D-vitamiinilisä ja kalkin saanti ravinnosta. Geriatrian poliklinikan sairaanhoitaja tallentaa tiedot ja suostumuksen tietojen keruuseen potilaalta tai hänen edustajaltaan. Tehtävään kuuluvat myös seurantasoitot, jotka hoitaja soittaa ensimmäisen lonkkamurtuman

saaneille potilaille 1 kk:n, 4 kk:n, vuoden ja kahden vuoden kuluttua. (Jousmäki, Sipilä & Nuotio 2013.)

4.3 Ortogeriatrisen hoitotyön nykyinen toiminta ortopedian osastolla

Kuvauksen tarkoitus on avata lukijalle osastolla tapahtuvaa toimintaa. Kuvaus on suppea, eikä kuvaa koko toimintaa, jota osastolla toteutetaan. Ortogeriatristen potilaiden hoitoa ohjaa em. ”Lonkkamurtumapotilaan hoidon ohjeistus” (kuvio 2). Toiminta osastolla yhteistyöryhmässä (ortogeriatrisessa tiimissä) on arkisin tapahtuvaa toimintaa. Osaston toiminta on aamuvuoroissa jaettu kolmeen moduliin, joloin jokaisessa modulissa on kolme hoitajaa.

Arkiaamuisin ortopedi ja ortopediaan erikoistuvan vaiheen lääkäri tekevät lääkärinkierron yhdessä modulien sairaanhoitajien kanssa. Iltapäivällä tehdään geriatriin kierto, johon osallistuvat hoitaja, fysioterapeutti, geriatriaan erikoistuvan vaiheen lääkäri ja mahdollisuuksien mukaan myös geriatri. Geriatriin kierto on osallistuva hoitaja sovitaan päivittäin yhteisesti työnjaon suunnittelulla. Geriatriin kierto on osallistuva hoitaja toimii ”Lonkkamurtumapotilaan hoidon ohjeistuksen” mukaisesti ja on mukana potilaan aktiivisessa hoidossa päivän aikana. Tällä järjestelyllä pyritään siihen, että geriatriin kierrolla on mukana sellainen hoitaja, joka tuntee potilaan ja hänen hoitoonsa liittyviä asioita. Ortogeriatrisiksi potilaiksi määritetään tällä hetkellä reisiluun yläosan murtumapotilaat (ICD-10 koodit: S72.0, S72.1, S72.2 ja S72.3). Hoitaja tekee Efficajärjestelmän kautta hoidonvarauksen ortogeriatrian ajanvarauskirjalle. Ajanvarauskirja toimii tiedon siirron välineenä geriatrian poliklinikalle. Poliklinikan henkilöstö katsoo potilasasiakirjat ajanvarauskirjan tietojen perusteella. Lääkäri tutustuu potilaaseen ennen iltapäivän kiertoa ja geriatrian poliklinikan sairaanhoitaja tekee kartoitustietojen täydentämisen.

Geriatriin kierrolla hoitaja ja fysioterapeutti avustavat potilaan istumaan, seisomaan ja kävelemään (mobilisointi tapahtuu mahdollisuuksien mukaan). Tässä yhteydessä hoitaja tekee ortostaattisen verenpaineen mittauksen sekä happisaturaatio mitaukset. Fysioterapeutti ohjaa liike- ja lihasvoimaharjoitukset sekä vuoteesta- ja vuoteeseen siirtymiset. Hoitaja raportoi geriatriin potilaan hoitoon liittyvistä asioista ja huomioista. Geriatri tekee kokonaisvaltaisen arvion, jossa huomioidaan lääki-

tys, ravitseminen, kiputilanne sekä keuhkojen ja sydämen auskultaatio. Lääkärin kierron jälkeen kiertoon osallistunut hoitaja toteuttaa lääkärin määräykset.

4.4 Lonkkamurtumapotilaan hoidon kustannusvaikuttavuus

Tämä luku perustuu EPSHP:n visiossa ja strategiassa kuvattuun terveyshyödyn tuottamiseen vaikuttavasti. Terveyshyödyn tuottamisesta on elämänlaadun säilymisen ja parantumisen lisäksi myös kansantaloudellista hyötyä. (Strategia 2013-2020, 6-8.) Myös Sundin ym. (2008, 3) mukaan terveydenhuollon toimenpiteiden tulisi perustua tietoon vaikuttavuudesta ja niiden suhteesta kustannuksiin. Sund ym. (2008) PERFECT - Lonkkamurtuma hankkeessa valtakunnallinen asiantuntijaryhmä on luonut terveydenhuollon rutiinitilastoihin perustuvan mittariston, jolla tuotetaan tietoja lonkkamurtumapotilaista vuosittain. Raportti kuvaa vuoden 2005 tilannetta. Raportin tarkoitus on ollut herättää keskustelua ja tervettä kilpailua terveydenhuollon toimijoiden ja päättäjien keskuudessa sekä sitä kautta johtavan lonkkamurtumapotilaiden hoidon pitkäjänteiseen kehittämiseen. Hankkeen tiedot Seinäjoen keskussairaalan osalta olivat 225 murtumapotilasta vuodessa. Heistä pitkäaikaishoitoon oli jäänyt 16,4% eli 37 potilasta. Kustannukset potilasta kohden olivat 16,864 €, joka kattaa yhden seurantavuoden osalta sairaala- ja laitoshoidon kustannukset.

Nurmi-Lüthjen (2012) mukaan lonkkamurtuman kustannukset ovat murtuman jälkeisen vuoden aikana keskimäärin 20,000 € - 49,000 € potilasta kohden, jos potilas on asunut kotona ennen murtumaa ja murtuman jälkeen jäänyt laitoshoidon. Laskelmat on tehty vuoden 2011 kustannustason mukaan, perustuen Nurmen ym. (2003) alkuperäislaskelmiin. Nurmi-Lüthje:n deflatoidun laskelmaan ja Sundin (2008) tilastoihin perustuen, kokonaiskustannukset Seinäjoen keskussairaalaissa hoidetuista potilaista vuoden 2005 tilastojen perusteella ovat olleet 5 573,000 €. Keskimääräisesti yhden potilaan hoito on maksanut 25,000 €.

5 TERVEYSPALVELUJEN KEHITTÄMINEN

Kehittäminen on konkreettista toimintaa, jolla tähdätään jonkin selkeästi määritellyn tavoitteen saavuttamiseen. Kehittäminen tähtää muutokseen, jolla tavoitellaan jotakin parempaa tai tehokkaampaa kuin aikaisemmat toimintatavat. Tavoitteellisuus on keskeinen kehittämisen elementti. Kehittämistoiminnan lähtökohtana voivat olla nykyisen toiminnan ongelmat tai näky jostakin uudesta. (Toikko 2009, 14-16.) Syitä kehittämiselle ovat mm. kysynnän ja tarjonnan kohtaamattomuus, tieteidensä ja lääketieteellisen teknologian nopea kehittyminen, kohonneet kustannukset ja vajavaiset resurssit, kulttuurien ja asiakkaiden tarpeiden muuttuminen mm. väestön ikärakenteen muutokset, potilaiden lisääntyvät vaatimukset ja heikkenevä huoltosuhde. (Mäkijärvi 2013, 2, 9.)

Stenvall & Virtasen (2012, 15-18) mukaan sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämistoiminta on muodostunut hallitsemattomaksi johdon ja henkilöstön kannalta. Usein toimintaa kehitetään sen itsensä vuoksi, eivätkä tulokset vaikuta, koska ne eivät siirry käytännön toteutukseen. Hallitsemattomuutta aikaansaava tekijä on, että kehittämiskohteita on liian paljon ja kehittäminen on usein vahvasti henkilösidoista. Tällöin uudistaminen ilmenee organisaatioissa epätasaisesti ja kehittämisen tavoite saattaa hälvetä. Hallitsemattomuuteen liittyy liiallinen suunnittelukeskeisyys. Se tarkoittaa, että tuotetaan suunnitelmia, mutta niiden viemiseen käytännön toteutukseen ei panosteta riittävästi. Panostamisella asiat vakiintuvat käytäntöön ja tällöin kehittäminen on tehokasta. Kehittämisen johtamisen keskeisenä osaamisalueena korostuu kokonaisuuden hallinta. Johdolla tulisi olla selkeä käsitys siitä, mitä kehitetään ja miten erilaiset kehittämishankkeet linkittyvät toisiinsa. Mäkijärven (2013, 9) mukaan haasteita kehittämistoiminnalle ovat mm. monialaiset prosessit, enemmän yksilölliset toimintatavat kuin vakioidut, muutosvastarinta nykyprosessien muuttamiselle, teknologian monimutkaisuus ja heterogeeninen asiakaskunta.

Tämän kehittämistyön lähtökohdat perustuvat Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin strategiaan 2013-2020. Strategian tavoite on tukea kehittämistä. EPSHP:n strategian visiona vuoteen 2020 on terveyshyötyä vaikuttavasti, asiakaslähtöisesti ja yhteistyökykyisesti vahvassa erikoissairaanhoidon toimintaympäristössä. Terveys-
hyötyä vaikuttavasti määritellään siten, että *käytössä olevat resurssit kohdenne-*

taan niihin toimintoihin, joiden vaikuttavuus on suurin terveyden tuottamiseen. Terveystyö tuottamisen tulee parantaa tai ylläpitää asiakkaan toimintakykyä. Terveystyö tuottamisesta on myös kansantaloudellista hyötyä. Hoitosuositusten mukaan toimiminen on tärkeää ja näin toimiessa hoito on vaikuttavaa. Vaikuttava hoito näkyy asiakkaan kohentuneena tai parantuneena terveydentilan muutoksena. Sairaanhoidopiiriin palvelulupaus on tarjota potilaalle turvallista, laadukasta ja vaikuttavaa hoitoa sairaanhoidopiiriin arvojen mukaisesti. Sairaanhoidopiiriin arvot ovat ihmisarvon kunnioittaminen ja vastuullisuus. (Strategia 2013-2020, 4, 6-10.)

Tämän kehittämistyön yksi tavoite on osallistaminen. Kehittämistyöhön osallistuvat henkilöt luovat yhdessä strategiaa, jonka avulla hoitotyötä toteutetaan. Hännisen (2014, 106) mukaan osallistavan strategiaproessin kautta organisaatioon syntyy yhteistä ymmärrystä tavoitteista, omista vahvuuksista sekä käytettävissä olevista keinoista – kyky ajatella strategisesti, nähdä ja ymmärtää asioiden yhteyksiä ja vaikutuksia. Etuna on myös se, että haluttuun muutokseen saadaan energiaa ja suuntaa, kun osallistujilla on mahdollisuus vaikuttaa asioihin prosessin aikana.

5.1 Potilaslähtöisyys lähtökohta ja tavoite palvelujen kehittämisessä

Terveystyöhuollon palvelujen käyttäjällä on useita rooleja ja nimikkeitä. Tässä työssä palvelujen käyttäjää kutsutaan potilaaksi. Sairaalamailmassa, vuodeosastohoidossa olevia palvelunkäyttäjiä pääsääntöisesti kutsutaan potilaiksi, vaikkakin potilas käsite nähdään usein passiivisena palvelujen vastaanottajana.

Jos palveluja kehitettäessä ajatellaan pelkästään järjestelmän näkökulmasta, unohtuvat helposti asiakkaiden tarpeet ja henkilöstön osallisuus (Stenvall & Virtanen 2012, 238). Potilaslähtöisyys on nähty terveystyöhuollon hoidon uutena haasteena ja on osoitettu, että potilasnäkökulma muodostaa erityisen vaatimuksen tulevaisuuden terveystyöhuollolle. Potilaat haluavat entistä enemmän tietoa hoidostaan, ottaa aktiivisemman roolin hoidossaan ja päätöksenteossa. (Kujala 2003, 30; Sacristán 2013, 1.) Palveluja kehitettäessä tulee ensin pohtia sitä, mitä on potilaslähtöisyys. Termin syvällisempi määrittely ja ymmärrys mahdollistavat kehittämisen uudelle tasolle, jolla pyritään aitoon potilaslähtöiseen palvelujen tuottamiseen.

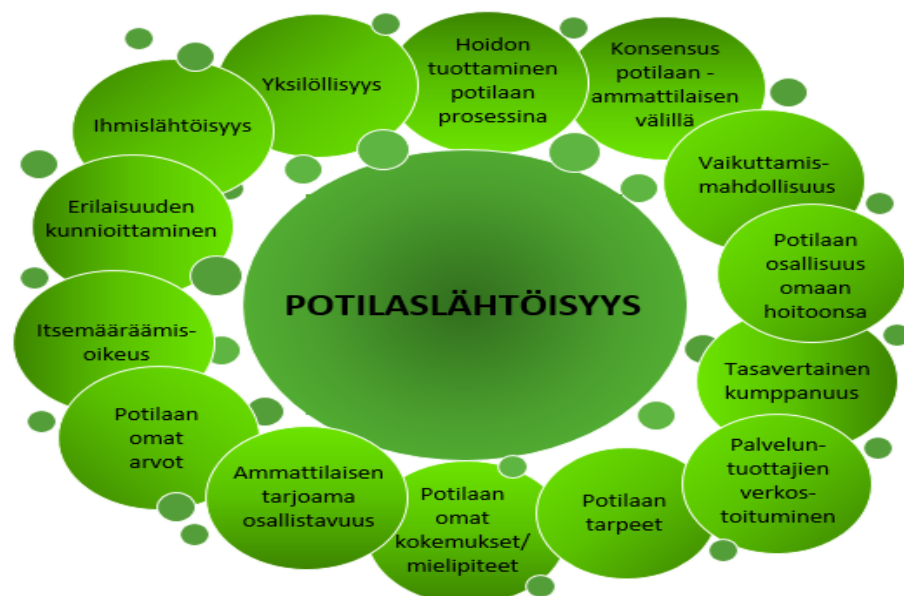
Potilaslähtöisyys on sitä, että potilaan ja palveluntarjoajan välillä vallitsee konsensus, yhteisymmärrys asiakkaan tarpeista ja palveluiden mahdollisuuksista tyydyttää näitä tarpeita kummankin osapuolen näkökulmasta parhaalla mahdollisella tavalla (Virtanen ym. 2011, 14). Sosiaali- ja terveysministeriö (2009, 40) määrittää potilaslähtöisyyden mielestäni hyvin prosessikeskeisesti, kuten myös EPSHP:n strategia. Potilaalla on mahdollisuus vaikuttaa oman hoitoprosessinsa kaikkiin vaiheisiin. Niitä ovat hoidon tarpeen määrittely, suunnittelu, toteutus ja arviointi. Hoidon ja palvelun kokonaisuus toimii potilaan ja asiakkaan kannalta tarkoituksenmukaisesti, jolloin hoito- ja palveluketju muodostavat toimiala- ja organisaatorajoista riippumattoman kokonaisuuden. Tämä edellyttää terveydenhuollon toimijoiden verkostoitumista asiakkaan hoidon palvelun tarpeen mukaisesti. Lisäksi EPSHP:n strategiassa on kuvattu, että asiakaslähtöisyys on toimintaa ohjaava tekijä. Asiakkaalla on mahdollisuus vaikuttaa omaan hoitoonsa kaikissa sen eri vaiheissa. Asiakkaiden erilaisuus hyväksytään ja otetaan huomioon. Heidät kohdataan tasavertaisesti ja kokonaisvaltaisesti. Hyvien tapojen ja arvostavan vastavuoroisuuden merkitys korostuvat. Asiakasta tulee hoitaa oikeaan aikaan ja oikeassa paikassa. (Strategia 2013-2020, 10.)

Koikkalainen & Rauhala (2013, 44) ja Kujala (2003, 39-41) korostavat ihmislähtöisyyttä puhuttaessa potilaslähtöisyydestä. Ihmislähtöisyys on sitä, että toimintojen perustana arvostetaan *potilaiden omaa näkemystä ja kokemusta* toimintakyvystään ja voimavaroistaan. Perinteisesti terveydenhuollossa on puhuttu potilaskeskeisyydestä. Tällöin potilas ongelmineen on palveluiden keskiössä ja toiminnot organisoidaan potilasta varten. Näin tehtäessä toiminta on kuitenkin organisaatio- ja asiantuntijalähtöistä toimintaa. Hoidossa ei ole kyse kuitenkaan ammattilaisen prosessista, vaan *potilaan prosessista*, hänen hyvinvoinnistaan ja terveydestään, joita ammattilainen voi tukea monin eri tavoin. Ammattilaisella on paljon tietoa alastaan, mutta hänellä ei ole samaa asiantuntemusta potilaan elämästä kuin potilaalla itsellään. Palveluja toteutettaessa potilaan tuleekin olla yhdenvertainen toimija ja tasavertainen kumppani yhdessä ammattilaisen kanssa.

Terveydenhuollossa viime vuosikymmeninä on keskitytty prosessikeskeiseen hoidon kehittämiseen, jossa hoito on keskittynyt sairauksien hoitoon, eikä potilaiden hoitoon ja arviointiin. Strategioissa ja toimintaohjelmissa muistutetaan ihmisten

yksilöllisyyden ja erilaisuuden kunnioittamisesta. Silti potilaat luokitellaan esimerkiksi sisätauti-kirurgisiksi ”tapauksiksi”. Näin tehtäessä luokittelun välineenä on henkilökunnan osaaminen ja koulutus. Tällöin potilaan omat tavoitteet ja toimintakyvyn yksilölliset mahdollisuudet jäävät helposti toissijaisiksi. (Koikkalainen & Rauhala 2013, 45; Sacristán 2013, 1.)

Kosklinin (2013, 25) mukaan potilaan osallisuus on itsemääräämisoikeutta, itsehoitoa ja persoonallista vaikuttamista omaan hoitoonsa. Itsemääräämiskokemus luo potilaalle tunteen, että hän on arvostettu ja kunnioitettu ihmisenä ja yksilönä. Kokemus itsehoidon tukemisesta syntyy potilaalle esimerkiksi siitä, että ammattilainen osaa sovittaa hoito-ohjeet potilaan elämäntilanteeseen sopiviksi ja että ammattilaiset kykenevät näkemään potilaan mahdollisuudet ja edellytykset toteuttaa omaa hoitoaan. Oman terveyden asiantuntijuuskokemus syntyy, kun potilas tuntee yhteisymmärrystä hoitopäätöksistä ja pystyy itse vaikuttamaan niihin. Virtasen ym. (2011, 5,8) mukaan kehittämisen lähtökohta tulisi olla potilaan, ei pelkästään tuotanto-organisaatioiden prosessit. Potilaslähtöisyyden kehittäminen auttaa vastaamaan moneen terveyssektoria koskevaan uudistustarpeeseen. Potilaslähtöisillä toimintamalleilla voidaan lisätä hoidon vaikuttavuutta, potilaiden- ja työntekijöiden tyytyväisyyttä sekä palveluiden kustannustehokkuutta. Kuvioon 3 olen koonnut potilaslähtöisyyden rakentumisen tekijät perustuen edellä mainittuihin lähteisiin.



Kuvio 3. Potilaslähtöisyyden rakentumisen tekijät koottuna em. teorialähteistä

5.2 Moniammatillinen hoitotiimi

Tässä kehittämistyössä keskeiset toimijat ovat moniammatillisen tiimin jäsenet. Moniammatillisuus perustuu eri tieteisiin. Monitieteisyydessä (multidisciplinary) tieteet ovat rinnakkain ja tutkimus on kokoavaa. Tieteiden välillä ei ole vuorovaikutusta, eivätkä ne rikastuta toinen toisiaan. Tieteidenvälisyydessä (interdisciplinary) tieteenalat tuodaan yhteen järjestelmällisessä prosessissa. Rajat hämärtyvät, mutta ne eivät katoa. Prosessissa käytetään usean tieteenalan käsitteitä, näkökulmia, teorioita ja menetelmiä, jolloin ne sulautuvat yhteen. (Klein 2010, 15-30.)

Katzenbachin ja Smith (1993, 112) ovat määritelleet termin *tiimi* seuraavasti: ”Tiimin muodostaa pieni joukko ihmisiä, joilla on toisiaan täydentäviä taitoja ja jotka ovat sitoutuneet yhteiseen päämäärään, tulostavoitteisiin ja lähestymistapoihin, joista he kokevat olevansa yhteisvastuussa.”. D’Amour’n, Ferrada-Videlan, Rodriguez’n & Beaulieun (2005, 116-131) ja Isoherrasen (2012, 23) mukaan tiimityö on keskeinen tapa tehdä potilaslähtöistä hoitotyötä. Tiimityössä oleellista on vallan jakaantuminen. Siihen kuuluu jaettu: vastuu, päätöksenteko, arvot, suunnittelu ja tieto. Keskeistä ovat myös keskinäinen riippuvuus ja kumppanuus. Vallan jakaantuminen perustuu tiimin jäsenten tietoon ja osaamiseen enemmän kuin nimikkeisiin. Kumppanuuteen sisältyvät avoin ja rehellinen vuorovaikutus, keskinäinen luottamus, toisten osaamisen kunnioitus sekä yhteiset tavoitteet. Keskinäinen riippuvuus on ymmärrystä ja tietoisuutta yhteistyön merkityksestä. Elleivät edellä mainitut tekijät ja toiminta toteudu, puhutaan yhteistyöryhmästä, eikä tiimistä (Katzenbach & Smith 1993, 112; Payne 2000, 9.)

Moniammatillisuudessa ammatillinen osaaminen korostuu. Suhonen (2012, 63) korostaa, että ikääntyneiden ihmisten hoitotyön on osoitettu tarvitsevan erityistä osaamista. Tulevaisuudessa tarvitaan kaikkien niiden ryhmien erityisosaamista, jotka osallistuvat iäkkäiden potilaiden hoitoon ja kuntoutukseen. Määrällisesti suurin ikääntyneitä ihmisiä hoitava ammattiryhmä koostuu sairaanhoitajista sekä lähi- ja perushoitajista. Tämän vuoksi hoitotyöntekijöiden osaaminen on erityisen keskeinen tekijä.

6 KEHITTÄMISTYÖN MENETELMÄT JA AINEISTOT

Tässä pääluvussa kuvaan opinnäytetyön metodologiset ja menetelmälliset lähtökohdat. Menetelmien kuvausten yhteydessä esitän myös kehittämistyön aineistojen keruun ja analysoinnin. Opinnäytetyö paikantuu parhaiten tutkimukselliseen kehittämistoimintaan. Toikko & Rantanen (2009, 22-23, 156) kuvaavat tutkimuksellista kehittämistoimintaa. Se on tiedontuotantoa, jossa kysymyksenasettelut nousevat käytännön toiminnasta ja rakenteista. Tämä ei ole tiedeperusteista tutkimusta, vaan kehittämistä, jossa hyödynnetään tutkimuksellista logiikkaa. Lähestymistavassa korostetaan tiedonkeruun järjestelmällisyyttä, dokumentaation ja analyysin huolellisuutta sekä johtopäätösten perustelua. Tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa tutkimus on avustavassa roolissa, kun tavoitellaan konkreettista muutosta. Tällä pyritään perusteltuun tiedon tuottamiseen. Kehittämistoiminnassa tiedon käyttökelpoisuus on olennaista. Tällöin muun muassa kokemustieto voi olla tieteellisen tiedon kanssa tasavertaista. Tämän kehittämistyön tarve lähtee työelämästä, jossa potilaan hoitoa pyritään kehittämään potilaslähtöisemmäksi. Kehittäminen tapahtuu moniammattilisen yhteisöllisen toiminnan kautta.

Tiedonintressi kehittämistyössä paikantui praktis-hermeneuttiseen tiedonintressiin. Tiedonintressi on vastaus kysymykseen, millaista tietoa tutkimuksella tavoitellaan. Praktinen tiedonintressi perustuu Habermasin (1972) tiedonintressiteoriaan. Praktinen eli tulkinnallinen tiedonintressi pyrkii ymmärtämään ihmistä hänen ympäristössään. Siihen liittyvät tulkitsevat tiedonhankinnan menetelmät. Niiden avulla pyritään ymmärtämään ihmisen toimintoja joko yhteisön tai yksilön näkökulmasta. Päämääränä on toiminnan tehostaminen ja vaikuttavuus. Päätelmät syntyvät vähittäisen kehitymis- ja tulkintaprosessin avulla hermeneuttisesti (ymmärrystä laajentaen). Tähän vaikuttavat tutkijan oma ymmärryshorisontti eli tutkijan halut, ihanteet, uskomukset, arvot ja käsitykset. (Huttunen & Heikkinen 1999, 159; Vilka 2005, 50-51.) Kehittämistyössä prosessin luoma vaihteellisuus mahdollisti osallistujien ja oman ajatteluni kehittymisen. Kehittämistyöstä muotoutui nelivaiheinen. Kuviossa 4 on esitetty kehittämistyön vaiheet ja aikataulullinen eteneminen.



Kuvio 4. Kehittämistyön vaiheet ja eteneminen

Tutkimuksellinen kehittämistoiminta on osallistujien yhteistoimintaa, jossa tähdätään muutokseen tutkimusprosessin avulla. Prosessissa luodaan ongelmien ratkaisuja, jotka otetaan käyttöön toiminnassa. Kehittämisprosessin vetäjän rooli on rohkaista osallistujia tuottamaan ratkaisuja ja reflektomaan niitä. Prosessissa voidaan käyttää eri menetelmiä, jolloin ne parhaimmillaan täydentävät toisiaan. (Toikko & Rantanen 2009, 22, 46, 52-53.)

6.1 Taustaoletuksena Lean-ajattelu- ja toimintamalli

Mallin valinta perustui aikaisemmin tehtyyn tilasuunnitelma-tarveselvitykseen, joka on toteutettu Lean-periaatteiden mukaisesti. Lean on myös otettu yhdeksi laatu työkaluksi sairaanhoitopiirissämme (Epsari 2014, 8). Prosessin aikana osallistuin Strömmer & Järvisen (2014) kahteen Lean-koulutukseen. Lean-malli on toiminnan työkalu tai kehittämismenetelmä, mutta myös toiminnan filosofia. Perusasiat ovat ihmisten arvostaminen ja toiminnan jatkuva kehittäminen. Lean on myös toimintaan kuluva aikaa optimoiva toimintatapa. Ihmisten arvostaminen näkyy kehittämisen lähtökohtana (asiakkaan arvo) sekä kehittämisen tuotannon toimeenpa-

nossa, jossa kehittäjät ovat työntekijöitä. Työntekijöiden osaaminen ja taidot hyödynnetään entistä vähemmillä resursseilla. (Modig & Åhlström 2013, 123-126; Mäki-järvi 2013, 12-13; Lillrank 2013, 6; Lean Enterprise Institute 2009.) Näin ollen Lean on erinomainen potilaslähtöisyyden tarkastelun ja kehittämisen keino. Tässä työssä Lean`a käytetään soveltaen. Lean-määritelmän selittäminen lyhyesti ei ole helppoa. Modigin ja Åhlströmin (2013) kyselytutkimuksessa muodostui 17 eri ryhmää, jotka kuvaavat, mitä Lean on (taulukko 2).

Taulukko 2. Mitä Lean on?
(Modig & Åhlström 2013, 89)

Arvot	Kulttuuri	Systeemiajattelu	Johtamisjärjestelmä
Ajattelutapa	Laatujärjestelmä	Työkalupakki	Suhtautumistapa
Elämäntapa	Menetelmä	Tuotantojärjestelmä	Strategia
Filosofia	Parannuskeino	Työskentelytapa	Hukan poistaminen
Ymmärtämistä edistävä järjestelmä			

Lean-ajattelun keskeiset periaatteet ovat Lillrankin (2013, 5) ja Strömmer ja Järvisen (2014, 8-10) mukaan:

- ❖ Asiakasarvon tuottaminen.
- ❖ Tuotteita ja palveluita tuotetaan vain, jos niille on kysyntää.
- ❖ Kaikki poistetaan, mikä ei tuota asiakkaalle arvoa tai ole tuotannon kannalta oleellista (pullonkaulojen poistaminen).
- ❖ Tuotanto pyritään hoitamaan mahdollisimman niukoilla resursseilla.
- ❖ Tasainen tuotantovirta.
- ❖ Virhevaihtelu minimoidaan eli pyritään virheettömyyteen.
- ❖ Pyritään virtaustehokkuuteen.

Lisäksi Lean-ajattelu pyrkii työyksikön erinomaisuutta tavoittelevaan asenteeseen, yksilön kehitykseen perustuvaan organisaatiokulttuuriin, toimintaa tukevaan ohjausjärjestelmään sekä jatkuvan ja kestäväen kehityksen toimintakulttuuriin. Menetelmän käyttö *vaatii merkittävää toimintakulttuurin muutosta*. (Mäki-järvi 2013, 10-11; Lillrank 2013, 2.) Lean`n syvälinen ymmärtäminen vaatii paljon aikaa. Oleellista on se, että menetelmien käyttö tulee ymmärtää suhteessa haluttuun tavoitteeseen. Lean on siis *keino*, jolla tavoitteeseen päästään. Jos Lean määritellään menetelmiksi, tulee niiden käytöstä helposti itsetarkoitus. Lean on valintojen tekemistä, jossa tekijänä ovat jokaisen organisaation omat toimijat. Sitä ei voi suoraan kopioida organisaatiosta toiseen, sillä muuttuvia tekijöitä on paljon jokaisessa eri organisaatiossa. Lean`n käyttö täytyy jokaisen eri organisaation kehittää itse niillä resursseilla, mitä heillä on. (Modig & Åhlström 2013, 88-97.) Suomessa toistaisek-

si Lean`a on sovellettu melko vähän terveydenhuollossa, mutta maailmalla kokemukset siitä ovat lisääntyneet. Sen katsotaan soveltuvan hyvin laadunhallintaan, resurssien allokointiin, tuottavuuden lisäämiseen, tuotannon ohjaukseen ja potilasturvallisuuden parantamiseen. (Mäkijärvi 2013, 2-3, 9.)

Lähteenä käyttämäni Mäkijärvi on ollut puhumassa myös sairaanhoitopiirissämme. Vierailu oli kirvoittanut sairaanhoitopiirin johtajamme Pihlajamäen kirjoittamaan aiheesta. Pihlajamäen (2012) kirjoittamassa blogissa on maininta, että sairaalassamme hallinto on ollut toiminnaltaan hyvä kuormittamaan potilastyössä olevia monenlaisilla rutiineilla. Nämä eivät suoraan tuo lisäarvoa potilaalle, myös osastoilta löytyy ”ei-niin-kovin” järkeviä toimintatapoja.

Lean-menetelmään on myös suhtauduttu epäilevästi. Menetelmän juuret pohjautuvat teollisuuteen ja siksi menetelmän käytön soveltaminen on aiheuttanut eriäviä mielipiteitä terveydenhuollossa. Kritiikki Lean-menetelmän soveltamisesta on noussut muun muassa terveydenhuollon erilaisesta arvomaailmasta, rakenteellisesta erosta muihin aloihin, menetelmän taloudellisesta näkökulmasta ja osittain jopa työntekijöiden huonontuneesta työhyvinvoinnista. (Mäkijärvi 2013, 33; Hasle 2014, 40-53; Young & McClean 2008, 382-386; Toussaint & Berry 2013, 74-82; Joosten, Bongers & Janssen 2009, 341-347.)

6.2 SWOT-analyysi ja Webropol®-kysely

Tässä luvussa kuvaan kehittämistyössä käytetyt menetelmät ja aineistojen keruun. Nykytilan ja kehittämishaasteiden kartoituksen tuottivat toiminnanorganisaattorit SWOT-analyysin avulla. Näkemysten ja kokemusten kartoituksen tuottivat hoitohenkilöstö Webropol®-kyselyllä.

SWOT-analyysi on nelikenttämenetelmä, jossa arvioidaan vahvuuksia (strengths), heikkouksia (weaknesses), mahdollisuuksia (opportunities) ja uhkia (threats). Sitä voidaan käyttää ideointiin ja jatkokehittelyyn, strategian laatimiseen, oppimisen tai ongelmien tunnistamisessa, arvioinnissa ja kehittämisessä. (Lindroos & Lohivesi 2004, 217; Heikkinen 2013.)



Kuvio 5. SWOT-analyysi

SWOT-analyysin avulla selvitettiin hoitotyön nykytila ja tulevaisuuden haasteet. Analyysin tuottivat toiminnan organisaattorit (geriatrisen lääkärin ja sairaanhoitajan, ortopedin, ortopedian osaston hoitotyön esimiehet sekä kaksi sairaanhoitajaa ja fysioterapian kaksi fysioterapeuttia). Toiminnan organisaattoreille lähetettiin saatekirje, jossa pyydettiin pohtimaan ortogeriatrisen hoitotyön toimintaa osastolla SWOT-analyysiä käyttäen. Tavoitteena oli tuottaa ortogeriatrisen *hoitotyön* nykytila ja tulevaisuuden kehittämishaasteet, mutta kaikki osapuolet olivat tuottaneet aineiston ortogeriatrisen *koko toiminnasta*.

Tavoitteena oli, että yhteistyötahot olisivat yhdessä tuottaneet yhteisen SWOT-analyysin aineiston. Aikataululliset haasteet estivät tämän, ja kaikki yhteistyötahot tuottivat erillisen SWOT-analyysin. Osallistujat vastasivat luettelomallisesti ranskalaisin viivoin. Osa vastauksista oli lausemuotoisia ja osa lyhyitä yhden–kolmen sanan vastauksia. Jälkeenpäin kehittämistyöntekijänä havahduin tehneeni virheen saatekirjeen muotoilussa. En ollut kuvannut tarpeeksi hyvin, mihin asioihin SWOT-analyysillä haetaan vastauksia. Saatekirjeeseen olisi pitänyt kirjata ortogeriatrisen *hoitotyön nykytila ja tulevaisuuden kehittämishaasteet*, joihin vastauksia haettiin. Koin kuitenkin, että tuotettu SWOT-analyysi oli sisällöltään rikas ja tuotti arvokasta tietoa, jota voidaan tulevaisuudessa hyödyntää. Olisin myös voinut kuvailla paremmin, mihin tutkimustuloksia käytetään ja mikä on niiden tarkoitus. Näin ollen tässä yhteydessä saatekirjeen merkitys jäi itselleni liian vähäiseksi. Vehkalahti (2014, 47-48) korostaa, että saatekirjeen merkitystä ei voida aliarvioida. Oma kokemukseni osoitti hyvin, miten paljon hyvällä saatekirjeellä on merkitystä. Toisaalta suullinen palaute SWOT-analyysin tuottamisesta oli positiivista. Esimerkiksi geriatrisen toimintayksikössä analyysin tuottaminen oli johtanut rikkaaseen ja antoisaan keskusteluun ortogeriatrisen hoidon ja hoitotyön toiminnasta (Pajulammi 2014).

Webropol®-kysely on sähköinen kysely- ja analysointisovellus. Webropol®:a hyödynnetään muun muassa kyselyiden- ja tutkimuksien laatimisessa, ilmoittautumisten ja palautteiden keräämisessä, raportoinnissa sekä tekstianalyyseissa. (Webropol Oy, [Viitattu 6.1.2015].) Webropol®-kyselyllä selvitettiin hoitajien arvio omasta osaamisestaan, hoidonohjeistuksen toteutumisesta sekä mielipiteitä toiminnasta ja yhteistyöstä. Kyselyyn vastasivat ortopedian osaston- sekä rekrytointiyksikön hoitohenkilöstö. Kysely lähetettiin 29 vastaajalle. Vastaajat rajattiin siten, että alle vuoden työkokemuksen omaavat sijaiset jäivät kyselyn ulkopuolelle. Tähän päätökseen tultiin osastonhoitajan kanssa käydyn keskustelun perusteella. Sijaisten mahdollinen liikkuvuus, lyhyt työkokemus sekä tietoisuus nykyisestä toiminnasta koettiin liian vähäiseksi. (Toivola 2014.)

Testasin Webropol®-kyselyn ennen lähettämistä yhdellä henkilöllä. Testaajaksi valikoitui työntekijä, joka on ollut aktiivisesti mukana ortogeriatrissessa hoitotyössä. Hän koki kyselyn sisällön ymmärrettäväksi ja toimivaksi. Tämän vuoksi en tehnyt muutoksia kyselyyn. Muutamia kielellisiä muutoksia tein työn ohjaajan arvion mukaisesti. Testaajia olisi voinut olla useampia, mutta tämä olisi aiheuttanut sen, että varsinaiseen kyselyyn vastaajien määrä olisi ollut vähäisempi. Myöskään testaaja ei osallistunut kyselyyn. Liitin kyselyyn saatekirjeen, jossa esittelin opinnäytetyöni tavoitteen ja tarkoituksen sekä perustelut miksi kyselyyn kannattaa vastata. Lisäksi kuvasin vastaajien luottamuksellisuuden säilyttämisen ja ilmoitin kyselyn sulkeutumisaajan. Pyrin tekemään saatekirjeestä hyvin ”napakan”. Kyselyn sulkeuduttua, vastausprosentti oli n. 62% (n=18/29). Ohjaajan kanssa käydyn puhelinkeskustelun perusteella, päädyin jatkamaan kyselyä korkeamman vastausprosentin saamiseksi. Tässä yhteydessä huomioin, että saatekirjeessä ”napakkuuteen” pyrkiminen oli aiheuttanut puutteita. En ollut maininnut, miten vastaajien valinta on tapahtunut ja miten tutkimustietoja tarkalleen tulen käyttämään. Kyselyn jatkamisen yhteydessä toimitin tiedotteen työpaikalle sekä lähetin muistutusviestin ja saatekirjeen, johon lisäsin tiedon vastaajien valikoitumisesta kyselyyn. Kyselyä jatkettiin viisi päivää. Kyselyn sulkeutuessa vastausprosentiksi muodostui 76% (n=22/29). Näin ollen koin kyselyn vastausajan pidentämisen, tiedotteiden toimittamisen ja muistutusviestin lähettämisen saatekirjeineen merkityksellisiksi.

Kyselyn monivalintakysymyksissä käytettiin Osgoodin asteikkoa, jota käytetään usein mielipideväittämissä. Asteikon ääripäinä ovat vastakkaiset adjektiivit. Vastaaajan tulee valita asteikolta parhaiten omaa käsitystään vastaava vaihtoehto. Osgoodin asteikkoa käytettäessä yleensä keskiarvoa ei lasketa tuloksia esitettäessä, mutta paljon kysymyksiä sisältävissä mielipidekyselyissä keskiarvoja käytetään kuitenkin yleiskuvan antamiseen. (Heikkilä 2008, 53-54.) Myös Webropol®-ohjelma antaa keskiarvot tuloksille.

6.3 Learning cafe ja sovelletut Lean-menetelmät

Tässä alaluvussa kuvaan kehittämistyön yhteisöllisen kehittämisen vaiheessa käytetyt menetelmät ja aineistojen keruun. **Learning cafe** on osallistava ryhmätyömenetelmä. Tavoitteena on edistää avointa tiedon jakamista, kuuntelemista tuomitsematta ja erilaisten mielipiteiden hyväksymistä. Menetelmä tarjoaa mahdollisuuden tuottaa tietoa yhdessä. Ajatuksena on, että jokaisella osallistujalla on luovuutta, tietoa ja viisautta, jota jakamalla kysymyksiin voidaan löytää uusia toimintamalleja tai ratkaisuja. Tarkoituksena on synnyttää ideoita ja jalostaa niitä, kiteyttää ajatuksia, luoda yhteinen näkemys, levittää tietämystä ja synnyttää uutta ajattelua ja osaamista. Työskentely tapahtuu pöytäryhmissä, joissa on puheenjohtaja. Tässä työssä ensimmäisessä pöytäkeskustelussa osallistujat päättivät itse puheenjohtajat. Hän kirjasi ryhmän keskustelusta nousevia teemoja tai asioita paperille. Ryhmiä vaihdettiin siten, että puheenjohtaja jäi paikoilleen ja hän kertoi seuraavalle ryhmälle siitä, mihin edelliset ovat päässeet. Pöytäryhmiä vaihdettiin noin 15-20 minuutin välein. Kiertelin pöydissä ja kuuntelin keskusteluja. Itse en osallistunut sisällöllisesti keskusteluihin. Ohjasin pöytäryhmissä toteutusta, selvensin ohjeistusta ja pyrin ohjaamaan keskustelua eteenpäin. Lopuksi puheenjohtajat tekivät yhteenvedon keskusteluista ja toivat tulokset yhteiseen tarkasteluun. Keskusteluissa näkyivät vuoropuhelu ja yhteisen näkemyksen luominen. (Ks. Junnila, Koskinen, Stolt & Salminen 2011; Verkostojohtamisen opas 2014.)

5 x miksi? on ongelmanratkaisumenetelmä, jolla pyritään perimmäisen syyn etsintään. Perusidea menetelmässä on se, että ongelman kohdalla kysytään viisi kertaa miksi? Viisi ei ole ehdoton mitta, sillä jos ongelmaan ei keksitä enempää vastauksia esimerkiksi kolmen kerran kysynnän jälkeen, on juurisyy löytynyt. Kysy-

myssana miksi ei ole myöskään ehdoton sana ongelmanratkaisussa. Kysymys voi olla myös esimerkiksi kuinka tämä tapahtui? Aluksi määritellään ongelma, pysytään tosiasioissa eikä arvailla. Numeroiden käyttöä suositellaan. Ideoita tai parannusehdotuksia ei käytetä. Tärkeää on, että ongelma kirjataan mahdollisimman tarkasti. Vastataan kysymyksiin mitä, milloin, missä ja mitkä vaikutukset? *Juurisyy on asia, joka käynnisti tapahtumaketjun ja jonka seurausta tapahtumaketju on.* Menetelmän käytön etu on se, ettei ongelmanratkaisutilanteessa lähdetä korjaamaan vain välillisiä ongelmia. Tällöin ongelman uusiutuminen on edessä väistämättä. Tässä työssä menetelmää käytettiin yhdistettynä Learning cafèn kanssa. Menetelmän käyttö koettiin aluksi hieman hankalaksi. Ryhmien sisäistäessä menetelmän tarkoituksen, se näkyi monipuolisesti tuloksissa ja keskustelujen tasossa. Menetelmä auttoi pohtimaan kehittämiskysymyksen juurisyytä ja pohtimaan syvemmin keinoja, miten kehitettävää asiaa voidaan lähestyä. (Ks. Strömmer & Järvinen 2014, 80, 84.) Taulukossa 3 on esimerkkikuvaus menetelmän käytöstä.

Taulukko 3. 5 x miksi? menetelmän esimerkkikuvaus

Lääketietojen tarkistuksessa on epäselvyyttä potilaan saapuessa osastolle	Miksi potilaan lääketietojen tarkistuksessa on epäselvyyttä?
Asiakirjamerkinnot ovat epäselviä	Miksi asiakirjamerkinnot ovat epäselviä?
Asiakirjamerkinnot ovat useissa eri kohdissa	Miksi asiakirjamerkinnot ovat useissa eri kohdissa?
Asiakirjamerkintöjen kirjaamisesta ei ole selkeää ohjeistusta/käytäntöä	Miksi asiakirjamerkintöjen kirjaamisesta ei ole selkeää ohjeistusta/käytäntöä?
Juurisyy: Meillä ei ole potilaan lääketietojen tarkistuksesta yhtenäistä kirjaamiskäytäntöä.	

Aivorihi on menetelmä, jota myös Lean-mallissa käytetään. Aivorihi toteutui lähinnä idearihi periaatteella. Perinteisesti menetelmää käytetään ongelmanratkaisussa. Tässä työssä menetelmän tarkoitus oli tuottaa ideointia. Lähtökohtana oli pohtia, mitä potilaslähtöisyys on, merkitsee ja tarkoittaa? Aivorihi kannustaa aktiiviseen osallistumiseen ja innostaa luovaan ja ennakkoluulottomaan ajatteluun. Aluksi osallistujille määritetään, mitä on tarkoitus saada aikaan. Osallistujat saavat ideoida hiljaisuudessa noin 5-15 minuuttia ja ideat kirjataan post-it –lapuille. Tässä työssä aikaa työstämiseen käytettiin noin viisi minuuttia. Tämän jälkeen post-it –laput kiinnitettiin seinälle. Ideat ryhmiteltiin kokonaisuuksiksi. Tein ryhmittelyn sillä aikaa, kun osallistujat nauttivat kahvia ja sen lomassa kävin läpi osallistujien tuottaman aineiston pääpiirteittäin ja tuotoksista keskusteltiin lyhyesti. Tärkeää oli, että ideoita ja ajatuksia ei arvosteltu. (Ks. Idearihi, [Viitattu 11.1.2015].)

Arvovirtakuvaus eli Value Stream Mapping (VSM) on Lean-menetelmä. Arvovirta on kaikkien niiden tekemisten (sekä asiakkaalle arvoa tuottavien ja arvoa tuottamattomien) muodostama ketju, joka on olemassa. Arvovirtakuvaus on *visuaalinen esitys*, jossa kuvataan prosessin vaiheet, yhteydet, tapahtumien taajuuudet ja prosessiajat. Arvovirtakuvausta käytetään *parannustarpeen konkretisoimiseen, tunnistamiseen ja priorisointiin*. Keskeisintä prosessin kehittämisessä on, että toimintoja pyritään virtaviivaistamaan ja asioita halutaan ajatella kriittisesti, kyseenalaistaen ja ajattelemalla uudella tavalla. Sen hyötyjä ovat kokonaisuuksien visualisointi ja konkreettinen tosiasioiden esille saanti. (Väisänen 2013; Strömmer & Järvinen 2014, 13-16.) Aluksi jaoin osallistujille esimerkki ”case-tapauksen”, johon oli määritelty lonkkamurtumapotilaan ikä, sairaudet, omaiset, kotiolot, liikkuminen ja kotiavut. Tämän tarkoituksena oli tukea potilaan prosessikuvauksen tekemistä. Osallistujista valittiin kirjuri, joka kirjasi potilaan hoidon vaiheet yhteisen keskustelun siivittämänä. Hoidonvaiheiden muodostamisen yhteydessä teimme post-it lapuilla huomioita, joiden tarkoitus oli kuvata prosessissa ilmeneviä ongelmia ja kehittämiskohteita. Nämä kohdat merkittiin punaisilla lapuilla. Lisähuomiot merkittiin keltaisilla lapuilla. Aineistosta muodostui lonkkamurtumapotilaan hoidon vaiheiden kuvaus, josta ilmeni useita spesifejä hoitotyön haasteita. Havainnollistamisen vuoksi esitän arvovirtakuvauksen kokonaisuudessaan liitteessä 2.

A3-ongelmanratkaisumenetelmä on niin ikään Lean-menetelmä. Tavoite on, että ongelmanmäärittely tehdään mittarein, analysoidaan nykytila, hahmotetaan tavoitetila ja siihen tarvittava parannus. Menetelmä perustuu jatkuvan parantamisen menetelmään eli PDCA¹. Menetelmä voidaan Strömmerin ja Järvisen (2014) mukaan kiteyttää seitsemään pääkohtaan:

- Edetään loogisesti ja systemaattisesti.
- Esitetään havainnot ja informaatio ilman arvostelua tai tunteenvaraisia mielipiteitä.
- Kuvataan saavutetut tulokset, käytetyt menettelyt ja prosessit.
- Esitetään vain olennainen (kriittinen) informaatio mahdollisimman visuaalisessa muodossa.
- Linjataan tekeminen strategiaan ja tavoitteisiin.
- Muodostetaan yhdenmukainen ajattelu ja toiminta koko organisaatioon.
- Käsitellään ja lähestytään ongelmia tarkastelevan lähestymisen kautta.

¹ PDCA on suunnittelun, toiminnan ja arvioinnin jatkuva sykli. Lyhenne perustuu englannin kielen alkupe-
räistermeihin *plan, do, check* ja *act*. Tätä sykliä toistetaan, kunnes lopullinen käytännön ratkaisu on tuotettu.
(Verkostojohdamisen opas 2015.)

Työskentely aloitettiin valitsemalla ryhmissä kirjuri. Jaoin osallistujille työstämisen tueksi lonkkamurtumapotilaan hoidonohjeistuksen, menetelmän käyttöohjeet sekä kuvion potilaslähtöisyydestä (kuvio 12), joka oli ensimmäisen kehittämisiltapäivän tuotos. Tämän tarkoitus oli muistuttaa kehittämisen lähtökohdasta. A3-ongelmaratkaisupohja, jota työstettiin, on esitetty liitteessä 3. Ryhmät aloittivat työstämisen kahvitarjoilun lomassa. Kiertelimme Jousmäen² kanssa pöytäkunnissa havainnoimassa ja ohjaamassa työstämistä. Jousmäki joutui poistumaan tilaisuudesta noin puolen tunnin kuluttua. Jatkoin pöytäkunnissa kiertelyä, kuuntelin keskustelua ja pyrin auttamaan osallistujia tarvittaessa. Menetelmän hankalimmaksi kohdaksi osoittautui *tavoitteen asettaminen*. Useat ryhmät olivat asettaneet tavoitteeksi konkreettisia kehittämistoimia. Kehittämiskohtien työstämiseen käytettiin aikaa noin tunti.

6.4 Aineistojen analysointi

Aineistojen analysointi tehtiin sisällön analyysillä. **SWOT-analyysin** aineiston sisällön analyysi tehtiin viiden eri tuotoksen yhteenvedon pohjalta (hoitotyön organisaattoreilla kaksi tuotosta). Työssä käytettiin laadullista aineistolähtöistä eli induktiivista aineiston analyysia. Aineiston pelkistämisessä eli redusoinnissa analysoitava informaatio pelkistetään siten, että aineistosta karsitaan tutkimukselle epäolennainen pois. Aineiston pelkistämistä ohjaa tutkimustehtävä. Aineistoa pelkistetään litteroimalla tai koodaamalla tutkimustehtävälle olennaiset ilmaukset. SWOT-analyysin aineiston analyysia ohjasi kehittämistyön tutkimuskysymys: mitkä prosessilähtöiset tekijät vaikuttavat ortogeriatriksen hoitotyön kehittämiseen? Aineiston ryhmittelyssä eli klusteroinnissa aineistosta koodatut alkuperäisilmaukset käydään läpi tarkasti, ja aineistosta etsitään samankaltaisuuksia ja/tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa asiaa tarkoittavat käsitteet ryhmitellään ja yhdistetään luokaksi sekä nimetään luokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Tämän työn aineiston analysoinnin tein seuraavasti: ensimmäisessä vaiheessa luin aineiston ja perehdyin sen sisältöön. Tämän jälkeen etsin samankaltaisuudet, jotka merkitsin alleviivauksin eri värikynin. Seuraavaksi määritin alaluokat poimimalla samankaltai-

² Jousmäki, Janne, ortopedi, traumatologian oyl. EPSHP. Hänellä on kokemusta Lean-koulutuksista ja projektien vetämisestä.

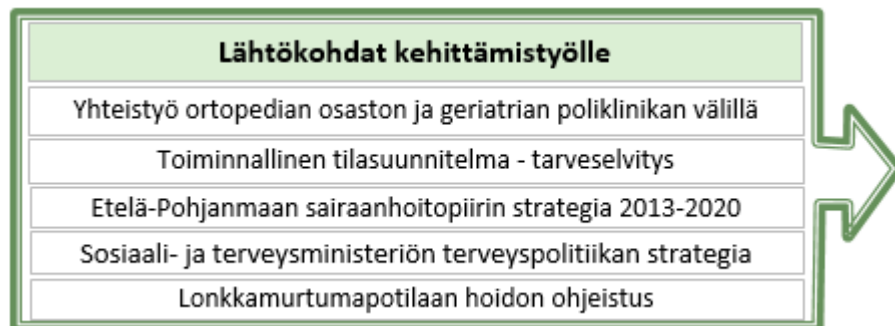
set ilmaisut väriryhmittäin ja muodostamalla alaluokat. (Ks. Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-110.) Sisällön analyysin viimeisessä vaiheessa tehdään aineiston abstrahointi. Abstrahoinnissa eli käsitteellistämisessä edetään alkuperäisinformaation käyttämistä kielellisistä ilmauksista teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 111.) Tässä työssä abstrahoinnin toteutin siten, että säilytin alkuperäisilmauksia. Koin tämän tärkeäksi siksi, ettei ilmausten merkitys muuttunut oleellisesti. Alkuperäinen SWOT-analyysi tuotos kuvasi koko ortogeriatrisen toiminnan nykytilaa ja haasteita. Tämän vuoksi poimin aineistosta hoitotyön näkökulmasta kehittämishaasteet (kuvio 9). Aineisto oli laaja ja näin ollen aineistosta jäi merkittävä osuus työn ulkopuolelle.

Learning-cafe ja Lean-menetelmät. Aineistojen analysointi tehtiin edellä kuvatun SWOT-analyysin aineiston sisällön analyysin mukaisesti. **Arvovirtakuvauksen** aineiston analyysin tein osittain yhdessä Jousmäen kanssa. Tutustuimme aineistoon, jonka jälkeen teimme vaiheittaisen pohdinnan ja arvioinnin kehitettävistä kohdista. Arvioinnissa huomioimme kehitettävien kohteiden tärkeyttä suhteessa osaston kliniseen hoitotyöhön. Näiden perusteella nostimme kehittämiskohdat seuraavaan kehittämisiltapäivään. Arvioimme, että yhteisöllisesti käsiteltäessä ajanpuute muodostuisi ongelmaksi. Tämän vuoksi käsitelimme kuusi kehittämis-kohtaa, jotka toimivat esimerkkeinä menetelmän käytöstä osallistujille. Jatkoin itsenäisesti jäljelle jääneiden kahdeksan kehittämiskohdan analysointia muodostamalla tulokset A3-ongelmanratkaisupohjaan. **A3-ongelmanratkaisumenetelmän** aineistot analysoin perehtymällä niihin ja tiivistämällä aineistot.

Webropol®-kysely. Sovellus tuotti perusraportin, jonka käsittelyn aloitin selailemalla. Selailu osoitti kyselyssä kaksi virhettä. Kahteen pakolliseen vastausvaihtoehtokysymykseen oli vastannut 21 vastaajaa, kun kokonaisvastaajien määrä oli 22. Syy virheille jäi epäselväksi, mutta asia on huomioitu tuloksia esitettäessä. Käsitteelin perusraportin aineistot Excel® – taulukkolaskentaohjelmalla.

7 KEHITTÄMISTYÖN PROSESSI JA TULOKSET

Kehittämistyön prosessin ja tulokset esitän työn vaiheittaisessa etenemisjärjestyksessä. Kehittämistyöstä rakentui *nelivaiheinen*: lähtökohtien määrittäminen, nykytilanteen kartoitus, yhteisöllinen kehittäminen ja arviointi. Kehittämistyö alkoi lähtökohtien määrittelyllä. Havainnollistamiseen käytän vaiheittain täydentyvää kuviota (6), jonka tarkoitus on kuvata kehittämistyön prosessia ja sisältöä. Lähtökohtien kuvaus on esitetty edellä luvussa 2.3.



Kuvio 6. Kehittämistyön lähtökohdat

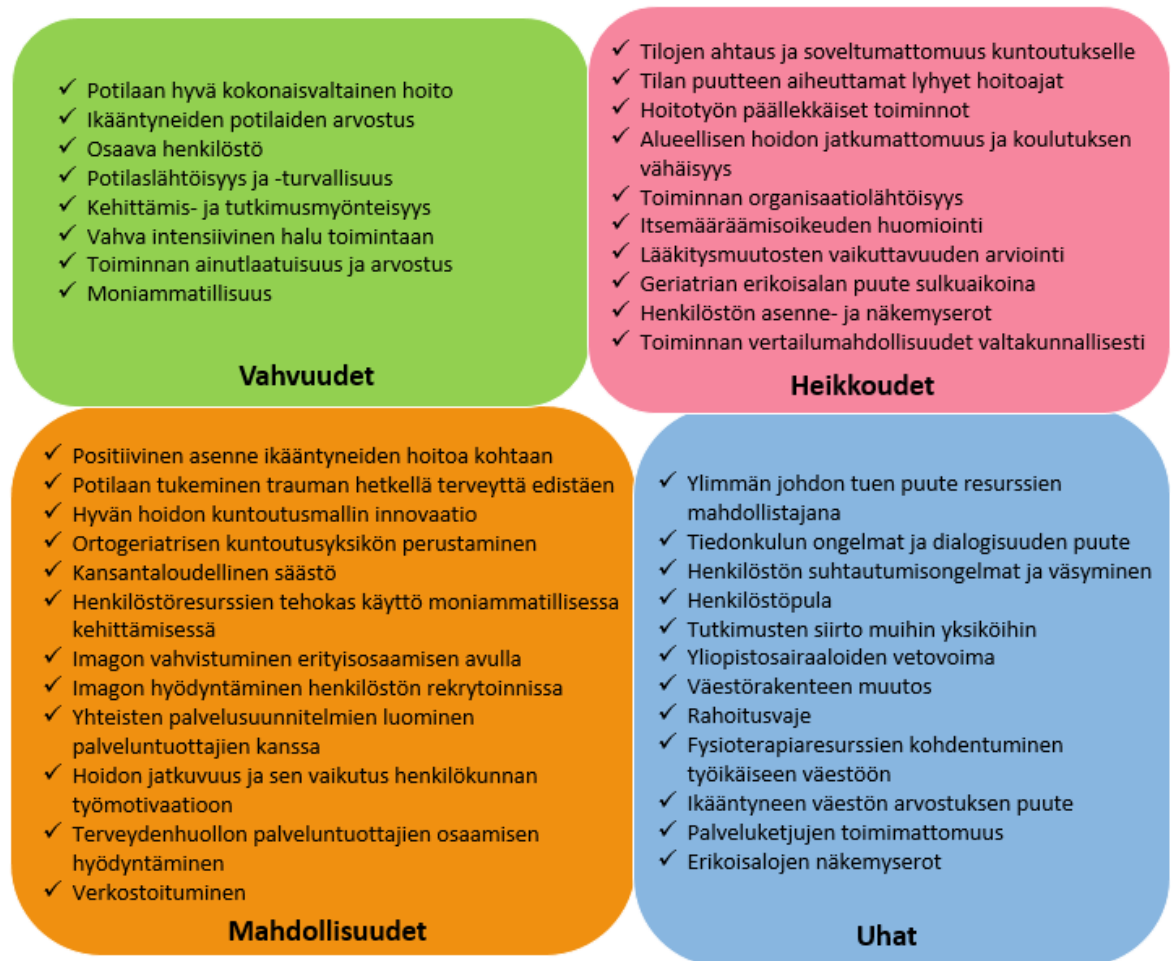
7.1 Ortogeriatrisen toiminnan nykytilan kartoitus

Nykytilan kartoitus tehtiin toiminnan organisaattoreiden ($n=9+4^3$) tuottaman SWOT-analyysin aineiston ja hoitohenkilöstön tuottaman Webropol®-kyselyn avulla. Vaiheen tarkoitus oli tuottaa tietoa ortogeriatrisen hoitotyön nykytilasta ja kehittämishaasteista.

7.1.1 Toiminnan organisaattoreiden kuvaama nykytila, kehittämishaasteet ja vahvuudet

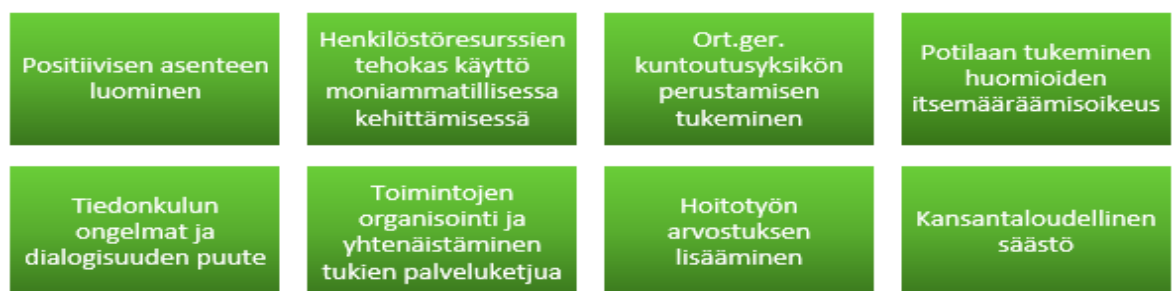
Ortogeriatrisen toiminnan nykytilan, kehittämishaasteet ja vahvuudet esitän kuviossa 7. Tulokset kuvaavat *koko ortogeriatrista toimintaa*. Kaikkiaan vastauskohtia oli yhteensä 149 kpl.

³ Sairaanhoitajat (eivät toiminnan organisaattoreita) geriatrian poliklinikalta ja osasto A22:lta, jotka osallistuivat SWOT-analyysin tuottamiseen.



Kuvio 7. Ortogeriatrisen toiminnan nykytila, kehittämishaasteet ja vahvuudet

Aineiston eri osa-alueet jakautuvat kaikilta osin hyvin tasaisesti. Ortogeriatrisen toiminnan vahvuuksia kuvattiin aineistossa 44 kpl. Heikkouksia kuvaavia tekijöitä oli 46 kpl, mahdollisuuksia 29 kpl ja uhkia 30 kpl. Kehittämishaasteet koottiin kohdista: heikkoudet, mahdollisuudet ja uhat. Yhteensä niitä oli 31 kpl. Aineisto koski koko ortogeriatrista toimintaa, joten poimin näistä hoitotyön näkökulmasta mahdolliset kehittämishaasteet (kuvio 8.). Yhteensä ilmaisuja oli 17 kpl.



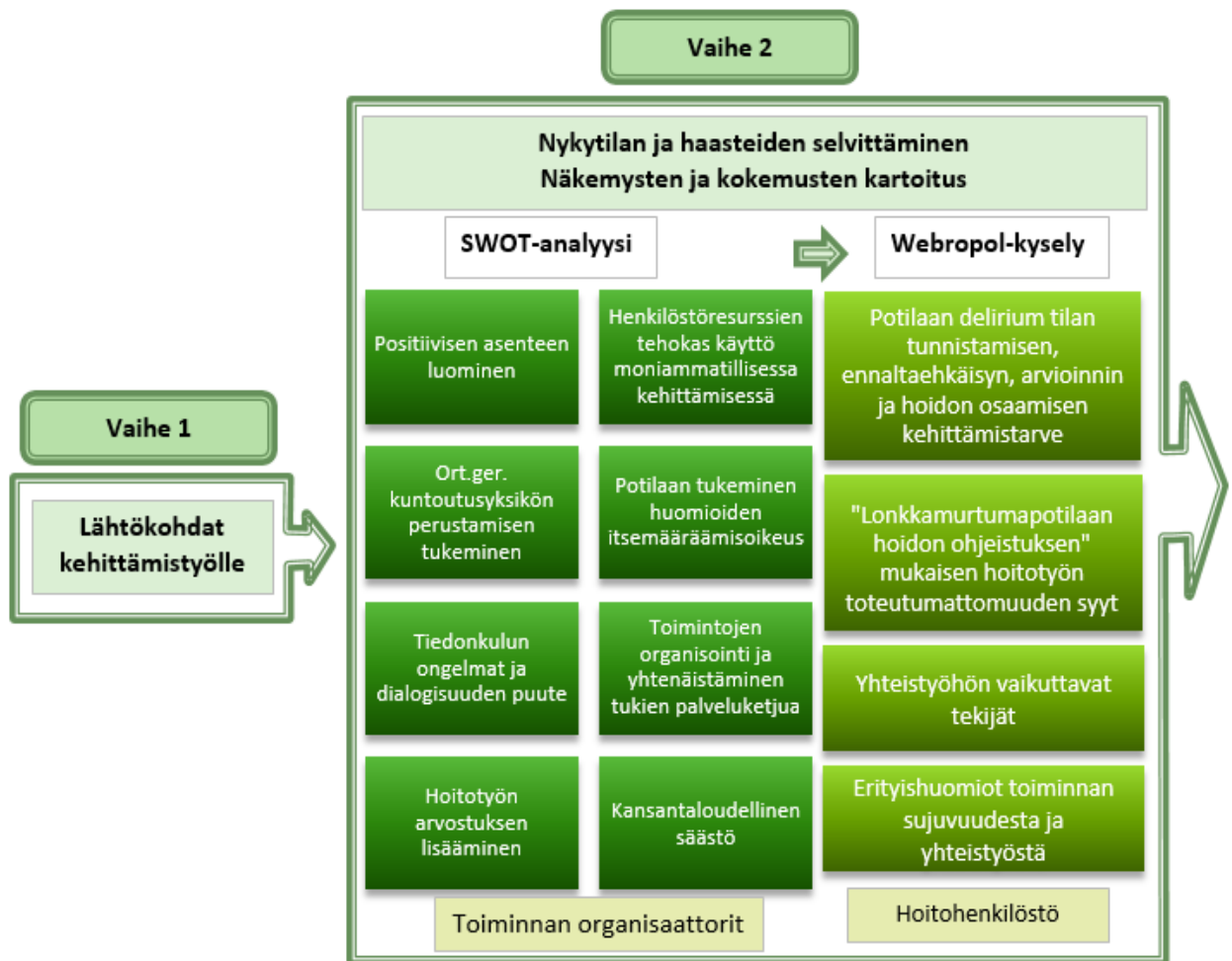
Kuvio 8. Ortogeriatrisen hoitotyön kehittämisen haasteet

7.1.2 Hoitohenkilöstön näkemykset ja kokemukset

Nykytilan ja kehittämishaasteiden selvittämistä jatkettiin hoitohenkilöstön näkemysten ja kokemusten kartoituksella, joka toteutettiin Webropol®-kyselyllä (kuvio 10). Webropol®-kyselyn sisältö perustui SWOT-analyysin tuloksista muodostuneille teemoille sekä lonkkamurtumapotilaan hoidonohjeistukseen. Kysely muodostui neljästä kyselyosuudesta: ortogeriatrian-hoidon ohjeistus, hoidon osaamisen arviointi, toiminta osastolla tulevaisuudessa ja yhteistyö eri ammattiryhmien välillä. Kysymyksiä oli yhteensä 29 kpl. Kyselyyn vastasi 22. Taustatiedot kartoitettiin kysymällä ikä ja työkokemus. Vastaajien keski-ikä oli 43,3 vuotta. Vastaajien työkokemus oli alle 10 vuotta kuudella vastaajalla ja yli 10 vuotta 16 vastaajalla. Webropol®-kyselyn *keskeisimmät tulokset* esitän kuviossa 9. Kyselyn tulokset kokonaisuudessaan ovat liitteessä 1. Keskeisimmät tulokset olen poiminut pohtimalla, miten tulokset vastaavat kehittämiskysymyksiin.



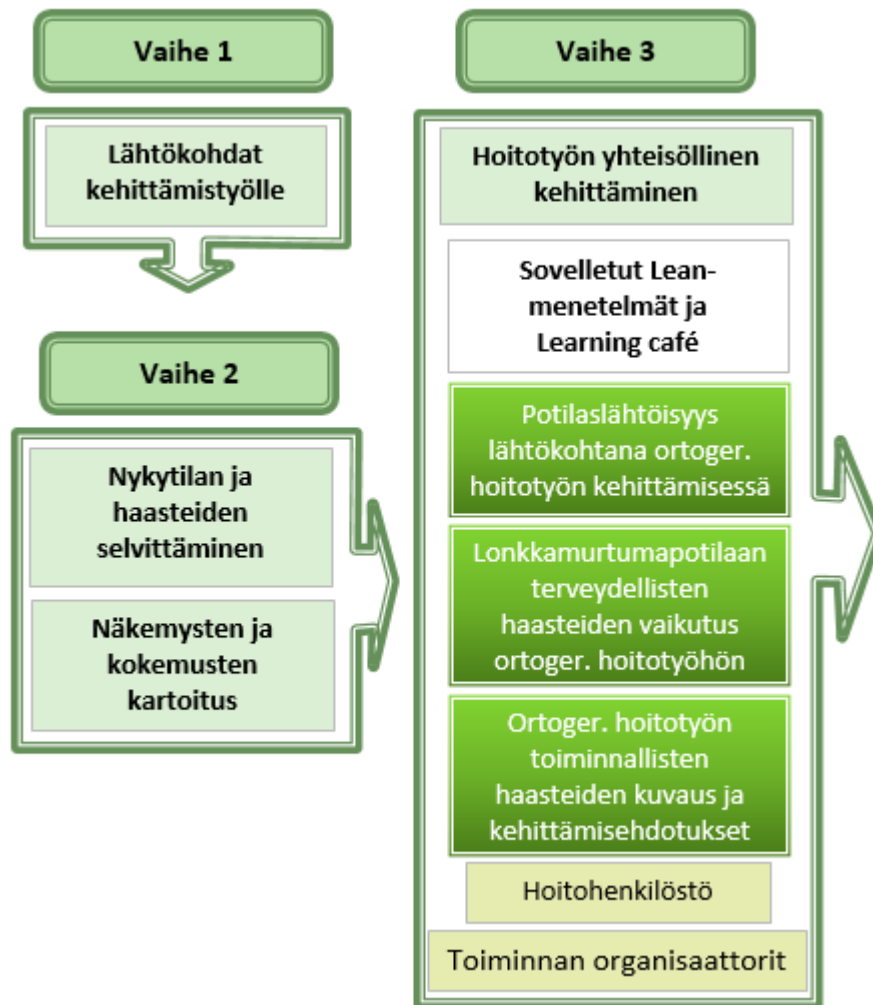
Kuvio 9. Webropol®-kyselyn keskeisimmät tulokset



Kuvio 10. Kehittämistyön täydentyminen (vaiheet 1 ja 2)

7.2 Hoitotyön yhteisöllinen kehittäminen

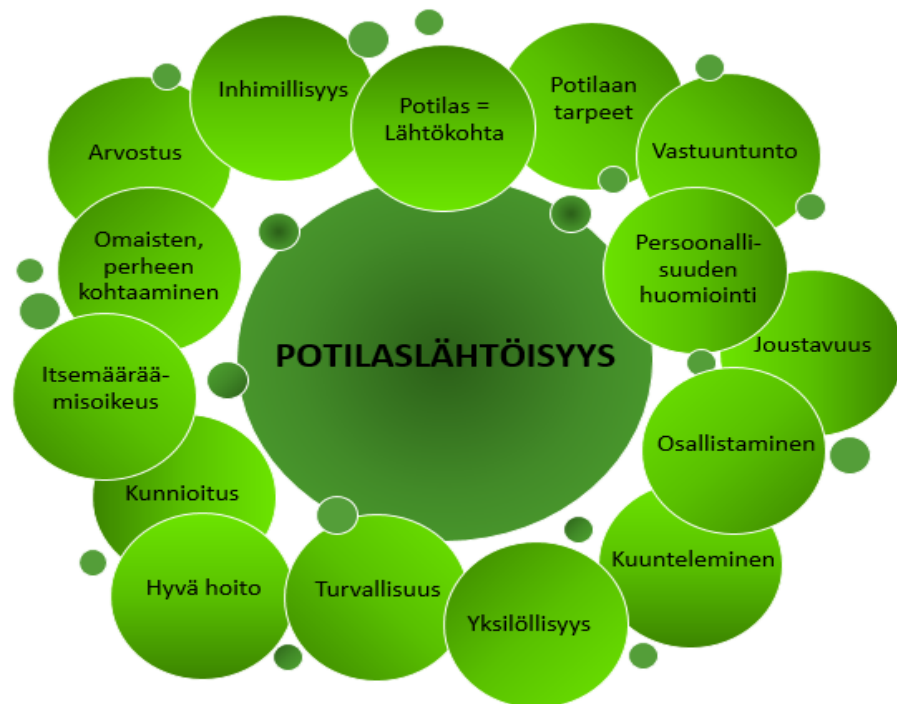
Nykytilanteen ja kehittämishaasteiden selvittämisen jälkeen kehittämistyö eteni vaiheeseen kolme, yhteisöllinen kehittäminen. Se sisälsi *kolme kehittämisiltapäivää*. Osallistujat kehittivät ortogeriatriasta hoitotyötä useita Lean-menetelmiä soveltaen. Vaiheeseen osallistuivat kaikki yhteistyötahot, paitsi anesthesiologian lääkärit. Kehittämistyön etenemisen tähän vaiheeseen esitän kuviossa 11.



Kuvio 11. Kehittämistyön täydentyminen (vaiheet 1,2 ja 3)

7.2.1 Potilaslähtöisyys ortogeriatrisen hoitotyön kehittämisessä

Ensimmäisessä kehittämisiltapäivässä osallistujina olivat kaikki ortogeriatrisen yhteistyön ammattiryhmät, paitsi ortopedian lääkärit ja anesthesiologian lääkärit (n=22). Kehittämisiltapäivän teema oli *potilaslähtöisyys lähtökohtana ortogeriatrisen hoitotyön kehittämisessä*. Teema perustui kehittämiskysymykseen: mitä potilaslähtöisyys on ortogeriatrisessa hoitotyössä? Esittelin opinnäytetyöni osallistujille diakuvina. Käsittelimme potilaslähtöisyyttä aivo-/ideariihä menetelmällä. Menetelmä tuotti osallistujien tuottaman potilaslähtöisyyden rakentumisen tekijät, jotka esitän kuviossa 12. Tämä tuotos oli merkittävä siksi, että se toimi koko ortogeriatrisen hoitotyön kehittämisen lähtökohtana. Esitin tilaisuudessa myös teoriasta kokoaamani potilaslähtöisyyden rakentumisen tekijät kts. edellä kuvio 3.

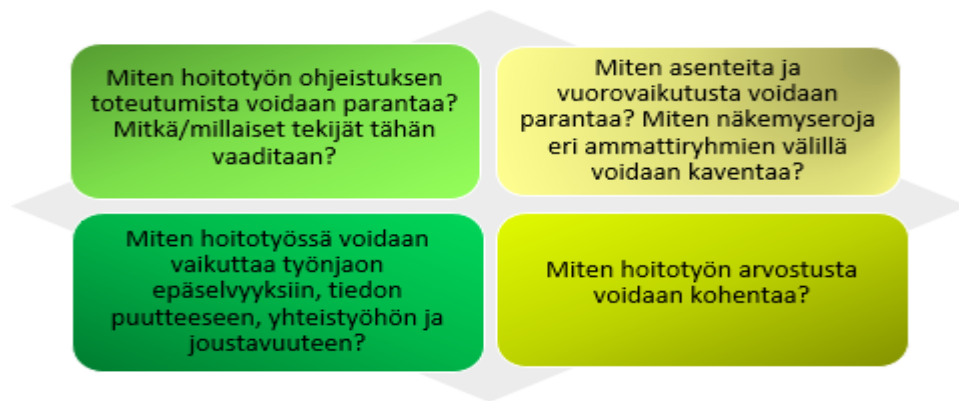


Kuvio 12. Mitä potilaslähtöisyys on?

Hoitotyön kehittämiseen ohjaavat kehittämiskysymykset kokosin Webropol®-kyselyn tuloksista. Tässä huomioin kehittämiskysymykset: miten potilaiden hoitoa voidaan tehostaa toimimalla ”Lonkkamurtumapotilaan hoidon ohjeistuksen” mukaisesti? Millaisia resursseja ortogeriatriinen hoitotyö vaatii hoitotyöltä? Kehittämishaasteiksi muodostuivat:

- Miten delirium tilan tunnistuksen, arvioinnin ja hoidon osaamista voidaan kehittää?
- Miten hoitotyön ohjeistuksen toteutumista voidaan parantaa?
- Millaisia toimenpiteitä tulisi tehdä, jotta potilaat saisivat tarvitsemansa hoidon?
- Miten hoitotyössä pystytään vaikuttamaan yhteistyöhön: kiire, henkilökunnan vähäisyys, korkea hoitoisuus osastolla, tiedonkulun ongelmat, työnjaon epäselvyydet, tiedon puute, yhteistyön puute, joustavuus ja henkilökemiat?
- Miten asenteita ja vuorovaikutusta voidaan parantaa?
- Miten näkemyseroja eri ammattiryhmien välillä voidaan kaventaa?
- Miten hoitotyön arvostusta voidaan kohentaa?

Edellä mainitut kehittämishaasteet jaoin neljään ryhmään. Myös osallistujat tekivät jaon neljään (kuvio 13). Tämä mahdollisti eri ammattiryhmien välisen yhteistyön. Kehittämishaasteita käsiteltiin learning cafe`n ja 5 x miksi? -menetelmien yhdistelmällä (kts. luku 6.3).



Kuvio 13. Learning cafe ryhmät kehittämiskysymyksineen

Työskentelyn tulokset jaottelin konkreettisiin ja ei-konkreettisiin tuloksiin (kuvio 14). Yhteensä ilmauksia oli 52 kpl. Kokonaisuudessaan työskentely oli tuottavaa, eri ammattiryhmien välistä keskustelua. Tuloksista ilmeni yhteisöllinen näkemys laaja-alaisesti. Konkreettiset toimenpiteet olivat merkittäviä tuloksia huomioiden tilaisuuden lyhyt kesto. Tulokset puhuvat puolestaan siitä, että osallistujat tuottivat runsaasti ideoita ja vuoropuhelua hyödyntäen moniammatillista osaamista. Ei-konkreettiset tulokset puolestaan kuvaavat hyvin niitä tekijöitä, joilla konkreettiset toimenpiteet saavutetaan.

Konkreettiset toimenpiteet				
Lisätään koulutusta * Turvataan riittävä osaaminen ja tiedon kulku	Luodaan moniammatillisen työryhmän yhteiset tavoitteet, pelisäännöt ja hoitolinjat	Järjestetään säännölliset yhteiset hoidonarviointi palaverit	Perehdytetään työntekijät kokonaisuuden hahmottamiseksi	Muutetaan toimintatapoja * Esim. ortopedien - geriatrien kierto yhteiseksi
Muutetaan yhteisten palaverien sisältöä	Tehdään selkeät toimintaohjeet	Määritetään riittävät resurssit hoidon toteuttamiseen	Nimetään työtehtävät ajoissa selkeästi	Delegoidaan ja autetaan toisia tarvittaessa
Lisätään esimiehen tietoisuutta työkuvioista * Mahdollinen ohjaaminen työhön mahdollistuu		Perustetaan oma yksikkö ortogeriatrisille potilaille * Mahdollistetaan enemmän yhteistä aikaa		
Ei -konkreettiset toimenpiteet				
Tutustutaan eri ammattiryhmien työnkuvaan	Arvostetaan kaikkien työryhmän jäsenten ammattitaitoa ja panostusta	Lisätään tasa-arvoisuutta	Poistetaan ennakkoluulot	Joustetaan toimintaohjeissa tarpeen mukaan
Kehitetään tiimityöskentelyä	Tehdään omasta työstä näkyvämpää	Parannetaan tiedonkulkua	Tuodaan eri näkökulmat esille ja käsitellään niitä	Hyödynnetään tiimin jäsenten osaamista paremmin
Lisätään luottamusta toisiimme		Vuoropuhelun lisääminen potilas-perhehenkilökunta-tiimi välillä * Sanotaan mielipiteet rohkeasti, ollaan avoimia, kehitetään vuorovaikutustaitoja ja kysellään enemmän toisilta		

Kuvio 14. Ortogeriatrisen toiminnan kehittämisen tulokset

Learning cafèseen yhdistettiin 5 x miksi menetelmä. Tämän aineiston avulla saimme esille toiminnan haasteita ja perusteluita kehittämiseksi. Näistä muodostin kuvion 15. Osallistujien ammatillinen näkemys toiminnan kehittämisestä ilmeni tuloksissa. Tuloksista ilmeni myös yhteneväisyys Koikkalaisen & Rauhalan (2013, 45) näkemykseen. Potilaslähtöisyyden lisäämisen tuoma muutos on positiivinen myös ammattilaisen kannalta. Työn tarkoituksenmukaisuus ja mielekkyys lisääntyvät, kun kehittäminen kohdistetaan toiminnan ydinkysymyksiin.



Kuvio 15. Ortogeriatrisen toiminnan kehittämisen perusteet

7.2.2 Lonkkamurtumapotilaan terveydellisten haasteiden vaikutus ortogeriatriseen hoitotyöhön

Toisessa kehittämisiltapäivässä osallistujina olivat ortogeriatrisen yhteistyön ammattiryhmien edustajat, paitsi anestesiologian lääkärit. Ortopedien edustajana oli Janne Jousmäki, joka toimi vetoapuna ja kouluttajana. Myös operatiivisen toiminta-alueen ylihoitaja ja fysioterapiayksikön osastonhoitaja osallistuivat tilaisuuteen.

Tätä kehittämisiltapäivää ohjasi kehittämiskysymys: miten ortogeriatristen potilaiden hoitotyötä voidaan kehittää yhteisöllisesti soveltamalla Lean menetelmiä ja ajattelua? Lisäksi ohjaava kehittämishaaste oli: Miten delirium tilan tunnistuksen, arvioinnin ja hoidon osaamista voidaan kehittää? Aihe valikoitui hoitajien vastaa-

jossa kartoitettiin hoitajien ammatillista osaamista. Siitä ilmeni ko. kehittämistarve. Mielestäni koulutus tässä vaiheessa oli paras vaihtoehto kehittämishaasteen ratkaisuun. Koulutus toteutui geriatrian ylilääkäri Nuotion⁴ pitämällä noin 60 minuutin pituisella luennolla. Aiheena oli deliriumin tunnistus, ennaltaehkäisy, arviointi ja hoito.

Esitin tilaisuudessa lyhyesti edellisen kerran tulokset (kuviot 14 ja 15). Seinillä oli esillä potilaslähtöisyyden rakentumisen tekijät, jotka yhdessä tuotimme edellisellä kerralla. Iltapäivässä käytetty toinen menetelmä oli arvovirtakuvaus. Sen käytön tarkoitus oli pohtia konkreettista hoitotyötä potilaan asemasta ja tuoda esiin kehittämishaasteita, joita potilaan hoidossa ilmenee. Alustuksena yhteisölliselle toiminnalle, Jousmäki piti 15 minuutin kestoisen esityksen arvovirtakuvauksesta. Esityksen jälkeen aloitimme yhteisöllisen pohdinnan lonkkamurtumapotilaan tarvitsemista hoidon vaiheista huomioiden ”Lonkkamurtumapotilaan hoidon ohjeistus”.

Alkuun pääseminen oli hieman kankeaa. Yhdessä Jousmäen kanssa ”herättelimme” osallistujia ja esitimme kysymyksiä. Tuotoksen tekeminen oli haasteellista myös siksi, että vastaavaa ei ole aikaisemmin tehty. Ilmapiiri oli osittain jännittyneen oloinen, vaikka asia oli kaikille osallistujille tuttua. Keskustelu vapautui vähitellen ja huomioita potilaan hoitoon esitettiin. Moni näytti yllättyvän siitä, miten monivaiheinen ja miten paljon asioita potilaan prosessissa on. Prosessikuvauksessa ilmeni selkeästi ”Lonkkamurtumapotilaan hoidon ohjeistus”. Lopuksi oli tarkoitus pitää palautekierros, mutta tämä jäi toteutumatta, sillä käytimme ajan kehittämis-kohteiden esille kirjaukseen.

Yhteisöllinen pohdinta ja arvovirtakuvauksen tuottaminen osoittivat, miten vuorovaikutuksella on suuri merkitys. Ammattiryhmien näkökantojen esille tuominen on haasteellista. Intensiivinen keskustelu ja näkökantojen esille tuominen ilmenivät tässä tilaisuudessa. Airan (2012, 52-55) mukaan yhteistyössä vuorovaikutuksen tulee edistää toimivaa yhteistyötä. Vuorovaikutuksen osapuolilla on kuitenkin omanlaisensa, usein toisistaan poikkeava näkemys keskinäisestä vuorovaikutuksesta. Koin kuitenkin, että menetelmä oli hyödyllinen ja auttoi saavuttamaan kehittämistyön tavoitteet sekä myös vastaamaan prosessin aikana tuotettujen kehittä-

⁴ Nuotio Maria, geriatrian poliklinikan ylilääkäri. EPSHP: Ortogeriatrisen toiminnan kehittämisen vastuuhenkilö.

miskohtien saavuttamiseen. Tästä esimerkkinä on edellä kuvio 14, jonka ei-konkreettiset tulokset olivat iltapäivätyöskentelyn kehityksen kohteina arvovirtakuvauksen tuotoksen lisäksi.

Arvovirtakuvauksen tuottaminen jäi hieman kesken tilaisuudessa. Siksi päätimme Jousmäen kanssa, että kuvauksen tuottamista jatketaan. Tein arvovirtakuvauksen tuottamisesta kirjallisen toimintaohjeistuksen henkilöstölle ja pidin osastolla informaation asiasta. Lisäksi ilmoitin geriatrian poliklinikalle suunnitelmasta. Arvovirtakuvaus vietiin osastolle kahdeksi viikoksi, jonka aikana se hieman täydentyi. Arvovirtakuvauksella tuotettiin kehittämishaasteita, jotka ilmenevät potilaan erilaisissa hoitoon liittyvissä asioissa. Kävimme läpi arvovirtakuvauksen Jousmäen kanssa. Ajan puutteen vuoksi emme kyenneet työstämään kaikkia kohtia yhteisöllisesti, joten nostimme Jousmäen kanssa esille tärkeimmät kehittämiskohdat (kuvattu luvussa 6.4), joita oli 14 kappaletta. Työstimme kuusi kehittämiskohtaa (alla olevassa luettelossa). Tulokset olivat hyvin spesifejä ammatillisia kehittämiskuvauksia. Päädyimme tulosten esittämisen osalta yhdessä ohjaavan opettajan kanssa ratkaisuun, että spesifejä tuloksia ei esitetä tässä opinnäytetyössä. Alla olevassa luettelossa on kuvattu kehittämishaasteet ylemmällä käsitetasolla, ilman ratkaisu- ja kehittämisideoita:

- Laboratorionäytteenotto- ja vastausaika viivästyttävät potilaan hoitoa.
- Potilas saa parhaan mahdollisen hoidon ja seurannan operaation jälkeen sellaisessa yksikössä, joka sen pystyy tarjoamaan.
- Luotettavan tiedon siirtäminen yksiköiden välillä tietoteknisten keinojen avulla.
- Työskentelyn organisoimattomuudesta aiheutuu turhaa odottamista.
- Potilaan asiakirjamerkinnöissä epäselvyyksiä lääketietojen tarkistuksesta, josta aiheutuu lisätyötä.

7.2.3 Ortogeriatrisen hoitotyön toiminnallisten haasteiden kuvaus

Kolmannessa iltapäivässä osallistujina olivat ortogeriatrisen yhteistyön ammattiryhmien edustajat (n=18), paitsi anestesiologian lääkärit ja ortopedian lääkärit. Ortopedian lääkäreistä Jousmäki osallistui jälleen iltapäivään antamalla vetoapua sekä kouluttamalla osallistujia. Alussa esitin lyhyen diaesityksen, jossa avasin käsitteen kehittäminen, Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin vision, strategian ja arvot sekä potilaslähtöisyyden tulokset ensimmäisestä kehittämisiltapäivästä. Nämä toimivat tämän kehittämisiltapäivän lähtökohtina, kuten koko kehittämistyön lähtö-

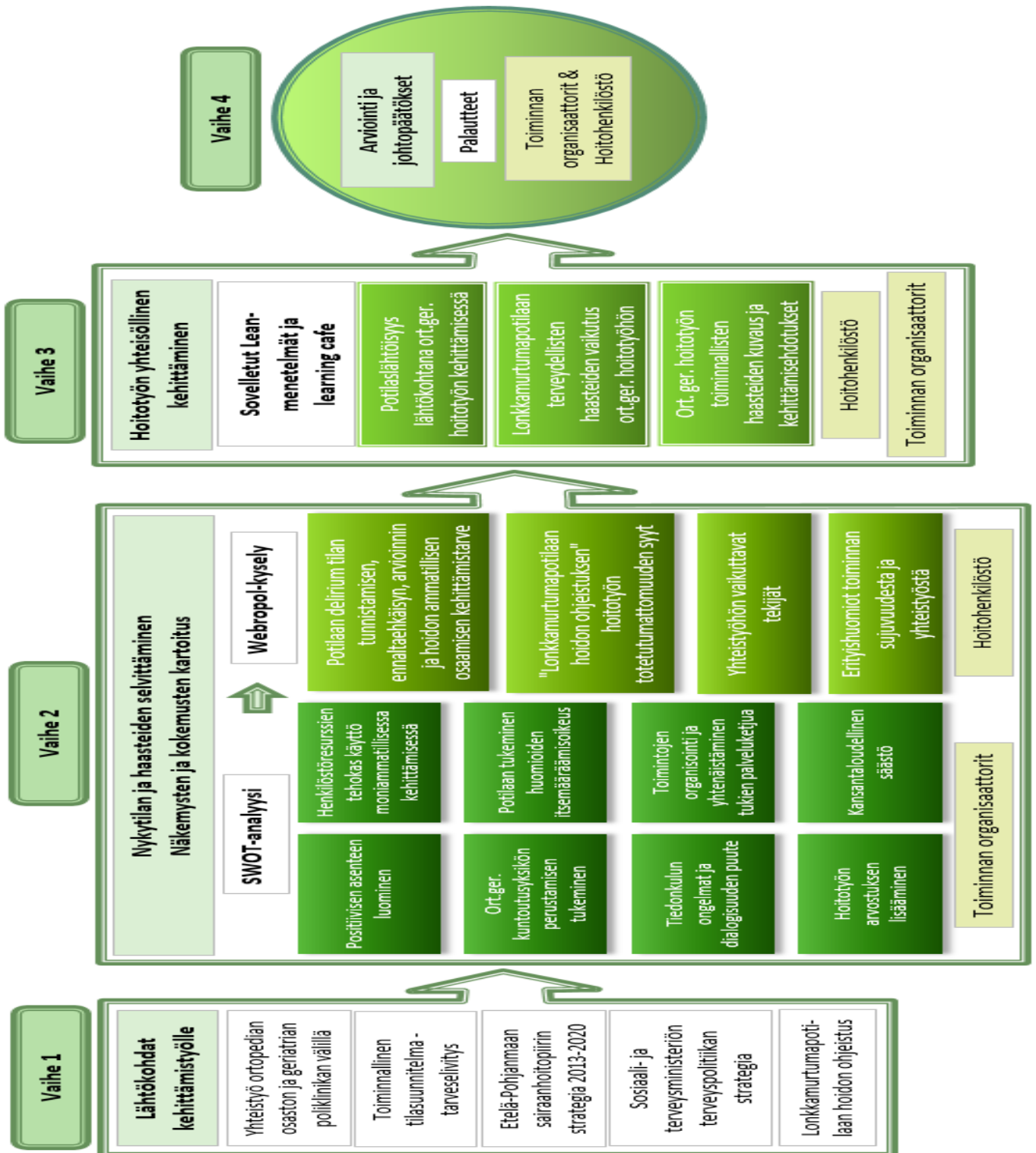
kohtina. Menetelmällisenä valintana oli A3-ongelmanratkaisumenetelmä, josta Jousmäki kertoi osallistujille. Alkuperäinen tuotospohja on esitetty liitteessä 3. Kehittämiskohdat nousivat aikaisemmin tuotetusta arvovirtakuvauksesta. Kohdat työstettiin 3-4 hengen ryhmissä. Alla olevassa luettelossa on kuvattu kehittämissaasteet ilman ratkaisu- ja kehittämissuhteita:

- Potilaan nestetasapainon toteutuvaus ja kirjaaminen vaihtelevat.
- Potilaan kuntoutuskäytännöt vaihtelevat hoitajien kierroilla.
- Vastaanottava jatkohoitoyksikkö ei vastaanota potilasta, vaikka potilaalla ei ole erikoissairaanhoidon tarvetta.
- Geriatrian kierron sisältö tuo tietotulvan potilaalle eikä kaikkien ammattiryhmien tarjoama hoito/ohjaus onnistu.
- Kirurgisen potilaan voimien seurannan mittaukset ja havainnoinnit ovat käytännöllään vaihtelevia.

Huomioitavaa tässä kehittämissiltapäivässä oli se, että Webropol®-kyselyn tulokset osoittivat kirjaamisen osalta osaamisarvioinnissa keskiarvoksi 3,64 (asteikolla 1-5). Iltapäivässä kuitenkin ilmeni, että kirjaamisen osalta oli useita tekijöitä, jotka eivät tue potilaslähtöistä hoitotyötä. Kirjaaminen ei ole yhteneväistä, vaan käytännössä se perustuu yksilön osaamiseen ja toteutukseen. Jokaisella hoitajalla on oma tyyli ja omat prioriteetit kirjaamisessa. Tämän vuoksi tieto ei siirry parhaalla mahdollisella tavalla työvuorosta toiseen ja hoidolliset tavoitteet voivat olla eriävät hoitajien kesken. Keskusteluissa moniammatillinen arviointi oli erittäin tuloksellista. Keskustelu oli vapautuneempaa ja rohkeampaa verrattuna aikaisempiin kehittämissiltapäiviin. Lopuksi pöytäkunnat valitsivat joukostaan kehittämiskohdan ja -tuotoksen esittäjän. Kävimme ne läpi ja lopuksi tein yhteenvedon esityksistä suullisesti sekä pyysin kommentteja. Keskustelu oli melko vähäistä, mutta muutamia hyviä ideoita ja oivalluksia esitettiin. Tämän kehittämissiltapäivän tulosten arvioinnissa palaute oli keskeisessä asemassa. Palaute nosti tulokset korkeammalle tasolle, kuin pelkästään tuotettujen tuloksien tarkastelu.

7.3 Kehittämistyön arviointi

Kehittämistyön viimeinen vaihe koostui tulosten tarkastelusta, arvioinnista ja johtopäätöksistä. Kehittämistyön eteneminen tähän vaiheeseen on esitetty kuviossa 16.



Kuvio 16. Kehittämistyön kokonaisuus

Jokaisesta kehittämisiltapäivästä kerättiin palaute, jonka kuvaan taulukossa 4. Ilmaukset ovat tiivistettyjä alkuperäisilmauksia ja poimintoja kokonaispalautteesta.

Taulukko 4. Prosessin arviointi

		Positiivinen (+)	Toteava (+/-)	Negatiivinen (-)
Ensimmäinen kehittämis-iltapäivä	Lkm (n=17) (kaikki päivään osallis- tuneet eivät olleet paikalla palautteen annon aikana)	12 ✓ "Positiivista, että saa osallistua, jutella ja pohtia". ✓ "Pisti miettimään ja keskustelemaan". ✓ "Rikas iltapäivä". ✓ "Eri ammattiryhmien tunteminen lisääntyi".	8 ✓ "Konkreettista tekemistä." ✓ "Vielä kun saataisiin siirrettyä asiat käytäntöön." ✓ "Herätys päivän selviinkin asioihin". ✓ "Tiimityön merkitystä miettii, arvostettaisiin toisiamme, miksi emme tee näin?".	3 ✓ "Liian vähän aikaa (olisi voinut käyttää koko päivän)." ✓ "Puhutaan paljon (kauniita asioita), mutta muistaako kukaan huomenna?" ✓ "Ensin tuntui, että voi ei, ryhmätöitä."
Toinen kehittämis-iltapäivä	Lkm (n= 1 + 1*) * sisälsi ryhmä-palautteen	3 ✓ "Geriatrin "kalvosulkeiset" oli hyvät; opettavaiset ja käytännönläheiset. Eryteisesti deliriumin ja dementian rinnakkaisasettelu oli hyvä, että ne erotetaan käytännössä. ✓ "Myös potilaan hoitopolun miettiminen ja joka tilanteen konkretisoiminen lapuilla oli hyvä idea."	2 ✓ "Se oli havainnollistavaa kuinka paljon eri asioita esim. hoitajien täytyy tehdä ja mitä epäkohtia usein tulee esille ja mitä toimenpiteitä ne vaatii." ✓ "Päivä antoi uutta tietoa ortogeriatrisista potilaista."	(1*) ✓ "Raskas iltapäivä".
Kolmas kehittämis-iltapäivä	Lkm (n=22)	10 ✓ "Hyvä iltapäivä, jota oli kiva tehdä". ✓ "Valtavan hyödyllinen päivä". ✓ "Hyvä kun jaotellaan eri ammattiryhmiä ryhmiksi". ✓ "Mielenkiintoista, asioita, jotka työntekijät tuottivat ideoiksi ja ongelmanratkaisiksi."	14 ✓ "Asiাপitoinen, vähemmän tunnepitoinen ja rakentavampi, kuin edellinen iltapäivä". ✓ "Hyvä, että kokoonnutaan eri ammattiryhmien kanssa, jolloin toisten työ tulee tutummaksi." ✓ "Potilaiden yhteisistä asioista pitää puhua". ✓ "Konkreettista hoidon parantamista". ✓ "Miksi tämä tehtiin vasta nyt?". ✓ "Kohti integroidumpaa tiimityötä, jossa arvostetaan toisiamme".	2 ✓ "Ensin oli vaikea mieltää asioita, kun oli niin paljon aspektoja". ✓ "Yhteenvedot olisi voinut kirjata ylös, jotta olisi hahmottanut toisten kehittämiskohdat paremmin".

Palautteessakin ilmennyt maininta: "Miksi tämä tehtiin vasta nyt?" johdatti Manne-roosin (2013, 89) tutkimuksen äärelle. Hänen mukaansa syy tähän ovat lukuisat näkökulmat, joita potilasprosessin tarkasteluun voidaan ottaa. Valitulla näkökulmalla on suuri vaikutus siihen, missä valossa uusi toimintamalli vanhaan verrattuna nähdään. Tämä saattaa aiheuttaa myös ristiriitoja näkökulmien välille ja vaikeuttaa toiminnan kehittämistä. Lisäksi potilaan prosessissa on useita toimijatahoja. Heillä kaikilla ei ole valtaa potilaan prosessiin.

8 TULOSTEN TARKASTELU JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli kehittää ortogeriatrasta hoitotyötä ortopedian osastolla. Tavoitteena oli selvittää potilaslähtöistä hoitotyötä ja sen haasteita yhteisöllisesti soveltaen Lean ajattelu- ja toimintamallia. Tavoitteena oli myös tukea toiminnallisen tilasuunnitelma-tarveselvityksen suunnitelman toteutumista. Tulokset saavuttivat tavoitteen nykytilan haasteiden kartoituksen ja kuvauksen osalta. Kehittämistyössä ei edetty konkreettisen toiminnan muutoksiin. Tulokset ja prosessi antavat sisältöä ja menetelmiä jatkokehittämiseen. Tarkastelen tuloksia kehittämiskysymyksittäin. Lopuksi esitän johtopäätökset.

Mitä potilaslähtöisyys on ortogeriatrissa hoitotyössä? Potilaslähtöisyyden ulottuvuudet tuotettiin prosessissa yhteisöllisen toiminnan kautta. Kehittämistoiminta itsessään kehitti potilaslähtöisyyttä, mistä osoituksena ovat tulokset. Merkittävimmät potilaslähtöisyyttä kuvaavat tulokset esitetään edellä kuvioissa 12, 14 ja 15. Tulokset kuvaavat potilaslähtöistä hoitotyötä ammatillisen osaamisen ja asiantuntijuuden kautta. ”Potilaslähtöisyyden tekijät” ohjasivat koko kehittämisprosessia. Tavoitteena on arvojen siirtyminen käytännön ortogeriatriseen hoitotyöhön. (Ks. Stenvall ja Virtanen 2012, 238.)

Miten ortogeriatrinen potilaiden hoitotyötä voidaan kehittää yhteisöllisesti soveltamalla Lean menetelmiä ja ajattelua? Lean menetelmien käyttö ja –ajattelun soveltaminen osoittivat hoitotyön toiminnan kehittämishaasteet sekä auttoivat niiden ratkaisussa. Menetelmän kautta tuotettiin tietoa potilaslähtöisyydestä, toimintatavoista ja työskentelystä. Lisäksi Lean–menetelmän ja –ajattelun käyttö näkyi muun muassa seuraavissa asioissa:

- ennakkoluulojen poisto ja tiedonkulun parantuminen,
- koulutustarpeen osoitus,
- eri ammattiryhmiin tutustuminen ja näkökulmien käsittely, jotka edesauttavat tiimityön kehittymistä.
- osoitti useita jatkokehittämisehdotuksia.
- edesauttoi huomioimaan ”Lonkkamurtuma potilaan hoidonohjeistuksen” merkityksen hoitotyölle. Ohjeistus helpottaa, selkeyttää ja ohjaa hoitotyön toimintaa.
- hoitohenkilöstö on halukas jatkossakin kehittämään hoitotyötä, jolloin heillä on vaikuttamismahdollisuus potilaan hyvään hoitoon ja omaan työhön ammattitaitonsa kautta.

Modigin & Åhlströmiä mukaillen (2013, 123-126) ihmisten arvostaminen näkyy kehittämisen lähtökohtana (asiakkaan arvo) sekä toteutuksessa, jossa kehittäjinä ovat työntekijät.

Miten potilaiden hoitoa voidaan tehostaa toteuttamalla käytännön hoitotyötä lonkkamurtumapotilaan hoidon ohjeistuksen mukaisesti? Tulokset ja prosessi osoittivat hoidon laadun kehittämisen tehostavan potilaiden hoitoa. Toimenpide, jolla tavoite saavutetaan, on oman yksikön perustaminen ortogeriatriksille potilaille. Oman yksikön perustaminen mahdollistaisi toiminnan tehostamisen resurssien uudelleen määrittämisellä, toimintatapojen muutoksella sekä yhteisten palvelusuunnitelmien luomisella. Tämä vaikuttaa hoidon jatkuvuuteen ja henkilökunnan työmotivaatioon. Oman yksikön perustaminen mahdollistaisi paremmin potilaan hoidon säännölliset, yhteiset arviointipalaverit, sekä lisääisi vuoropuhelua potilaan, perheen, henkilökunnan ja tiimin välillä. Lisäksi henkilöstön asenne- ja näkemyserojen kaventuminen mahdollistuvat. Tiimityön- ja ammatillisen osaamisen kehittyminen nähtiin olennaisena omassa ortogeriatriksessa yksikössä.

Yhteistyötä kehitettäessä voidaan vaikuttaa henkilöstön asenteisiin, arvostukseen, motivaatioon ja sitoutuvuuteen. Kuten Isoherranen (2012) toteaa, että organisaation rakenteet eivät aina mahdollista yhteisen tiedon luontia ja yhteisen toimintamallin kehittämistä. *Organisaatorajat vaikeuttavat potilaslähtöistä työskentelyä.* Potilaan etu on, että ortogeriatriinen yhteistyö on toimivaa. Kommunikaatio ja ammattiryhmien välinen ymmärrys ja lähentyminen ovat keskeisessä asemassa. Petrin (2010, 73-82) mukaan moniammatillisen yhteistyön positiivisia seurauksia ovat potilaan kannalta hoidon tehostuminen ja kokonaisvaltaisuus, laadun paraneminen, potilastyytyväisyys sekä lyhentyneet sairaalassaoloajat. Organisaation tasolla hyötynä oli kustannusten laskeminen. Tämän arvioitiin olevan seurausta entistä tehokkaammasta henkilökunnan ammatillisen osaamisen hyödyntämisestä ja työn uudelleen organisoinnista.

Millaisia resursseja (osaaminen, henkilöstön määrä, tilat, aika) ortogeriatriksen hoitotyö vaatii? Tulokset osoittivat, että nykyisillä toiminnoilla ja resursseilla ei tavoiteta korkeinta mahdollista hoidon laatua potilaalle. Nykyinen toiminta koettiin haastavaksi useista syistä johtuen. Näitä olivat muun muassa tilojen puute ja toimimattomuus, hoitotyön päällekkäiset toiminnot, koulutuksen vähäisyys, tiedon

puute, yhteistyöhön liittyvät tekijät, osaston kiire, korkea hoitoisuus ja henkilökunnan vähäinen määrä. Määrälliset resurssien selvitykset jäävät jatkokehittämisedotuksiksi. Yhteistyöhön liittyvät asiat lukeutuvat resursseihin. Ne olivat tämän kehittämistyön merkittäviä kehittämishaasteita ja tuloksia. Isoherranen (2012, 23) kuvaa osuvasti yhteistyön merkitystä toimintaan, mikä on verrattavissa tämän kehittämistyön prosessiin. *Yhteistyötä voidaan kuvata kehittyvänä vuorovaikutusprosessina*, joka alkaa ja etenee vähitellen neuvotteluista ja kompromisseista päätöksenteossa yhteiseen suunnitteluun. Toimivaa yhteistyötä voidaan tarkastella suhteessa saavutettuihin tuloksiin. Yhteistyö tuottaa tuloksia, jotka näkyvät osapuolten käyttäytymisessä ja heijastuvat osapuolten tyytyväisyyteen ja asenteisiin. Toimivan yhteistyön positiivisia seurauksia henkilöstölle Airan (2012, 49) mukaan ovat lisääntynyt työtyytyväisyys, kohentunut työmoraali ja innostuneisuus, työuupumuksen vähentyminen ja työntekijöiden pysyvyys. Toimivalla yhteistyöllä ei ole ainoastaan myönteistä merkitystä potilaan saamaan hoitoon tai henkilöstön työhyvinvointiin, vaan myös organisaation potilasvirtojen sujuvuuteen (Viinikainen, Asikainen, Helminen & Suominen 2013, 15).

Johtopäätökset (6):

- 1) Potilaslähtöisen ortogeriatrisen hoitotyön toteuttamiseksi tarvitaan kuntoutuksellinen ortogeriatrinen yksikkö, jossa toimii motivoitunut ja koulutettu hoitohenkilöstö** (ks. The care of patients with fragility fracture 2007, 36-43).

Hoitohenkilöstön asenteisiin tulisi kiinnittää huomiota. Asenteilla on todettu olevan suuri merkitys hoitotyöhön ja -kulttuuriin (Virtanen ym. 2011, 45, Hänninen 2014, 99).

- 2) Hoitotyön kehittämiseen tarvitaan uusia kehittämisen ja johtamisen toimintamenetelmiä (esimerkiksi Lean), joiden avulla osallistetaan koko ortogeriatrinen työyhteisö.**

Kuten Stenvall & Virtanen (2012, 203) toteavat: *"Mitä kehittämisorientoituneempi organisaatio on, sen suurempi todennäköisyys sillä on onnistua kehittämishankkeiden toteuttamisessa ja erilaisissa organisaatiomuutoksissa"*. Sydänmaanlakka toteaa, että: *"tämän päivän johtaminen on enemmän yhteistoimintaa kuin yksilösuoritus. Johtaminen on jotain niin tärkeää, ettei sitä voi jättää vain johtajien tehtäväksi"*. Johtaminen vaikuttaa merkittävästi kehittämiskulttuuriin työyksiköissä.

Työntekijöiden ja yksiköiden kehittämisen arvostukseen voidaan vaikuttaa myönteisesti siten, että johtamisessa kiinnitetään huomiota työntekijöiden ideoihin ja näkemyksiin. Kehittämisessä täytyy antaa lupa toisin toimimiseen ja vanhojen toimintatapojen kyseenalaistamiseen, kriittisyyteen. Johtamisessa tulee osata jakaa sopivasti vastuuta ja valtaa. (Stenvall & Virtanen 2011, 201; Sydänmaanlakka 2014, 41; Hänninen 2014, 103.) Jakamaton-, jäykkä- ja hidas vallan ja vastuunkäyttö saattaa tukahduttaa sekä yksilöiden että organisaatioiden kehittymisen ”syömällä” asiantuntijuuden arvostuksen tunnetta ja motivaatiota. Vastuunjako edellyttää vahvaa luottamusta. Jos luottamusta ei organisaatiossa ole, ilmenee sen puute negatiivisuutena ja muutosvastarintana. (Hänninen 2014, 104.) Organisaation toimintakulttuuria kehitettäessä arvot ovat keskeisiä välineitä, mutta niiden määrittely ei yksistään riitä. Arvot tulee tuottaa yhteistyössä siten, kuten tässä työssä ”asiakaslähtöisyyden tekijät”. Tällöin arvot tukevat arjen valintatilanteita. (Hänninen 2014, 100.)

3) *Lean-menetelmien käyttö osoittautui onnistuneeksi ja hedelmälliseksi edistämään yhteistyö- ja toimintakäytäntöjä* (ks. Mäkijärvi 2013).

Palautteella on suuri arvo kehittämisen suuntaamisessa. Säännöllinen palautteen keruu auttaa tarkastelemaan toimintaa (Virtanen ym. 2011, 45). Kun kehittäminen perustuu siihen, mitä toimijat tarvitsevat se mahdollistaa se paremmin tarpeelliset toimenpiteet. Näin vältetään ”hukalta” ja mahdollisilta negatiivisilta vaikutuksilta, joita kehittämisprosessi voi tuoda osallistujien asenteisiin.

4) *Yhteistyötä tulee kehittää mm. luomalla moniammatillisen työryhmän yhteiset tavoitteet, toimintaohjeet sekä muuttamalla yhteisten palaverien sisältöä.*

Kuten Suhonen (2012, 63) kuvaa, että moniammatillisen yhteistyön suurin ongelma on se, etteivät eri ammattiryhmät tunnista toistensa osaamista ja laajamittaisia yhteistyömahdollisuuksia. Lisäksi Isoherrasen (2012) tutkimuksen tulokset tukevat ko. johtopäätöstä. Tutkimuksessa keskeisiksi haasteiksi yhteistyössä osoittautuivat joustavat roolit, vastuukysymysten määrittely, yhteisen tiedon luomisen käytännöt sekä tiimityön ja vuorovaikutustaitojen oppiminen. Myös Isoherrasen ym. (2008, 14) mukaan eri ammattiryhmien tiedolliset, taidolliset ja asenteelliset erot asettavat haasteita yhteisiin tavoitteisiin pääsemiseksi. Terveyspalvelujärjestelmälle ovat

olleet ominaista vahvat vakiintuneet ammattikuntien piirteet ja autonomia työssä. Tämä saattaa olla ongelma käytäntöjen ja toimintojen uudistamisessa. Ammattikuntien väliset reviiriristiriidat ja keskinäinen arvostus voivat olla kriittisiä kohtia ja ne voivat halvaannuttaa hedelmällisen yhteistyön eri toimijoiden välillä. (Stenvall & Virtanen 2012, 33; Viinikainen ym. 2013, 15, Isoherranen, Rekola & Nurminen 2008, 14.)

5) *Hoitohenkilöstön resursseja tulee käyttää tehokkaasti hyödyntämällä ammatillinen osaaminen hoitotyössä ja sen kehittämisessä. Hoitotyön arvostus saadaan entistä näkyvämmäksi.*

Viinikainen ym. (2013, 15, 21) toteavat, että hoitotyön rooli ja asema organisaatiossa perustuvat hoitotyön asiantuntijuuteen. Tämä ilmenee laadukkaina palveluina ja potilaisiin kohdistuvana työpanoksena. Terveystieteiden hallitsevat sosiaaliset asemat perustuvat vakiintuneisiin ammattikuntiin, koulutukseen ja työtehtäviin. Hoitajien ja hoitotyön asemaa potilaan hoidossa ei tunnisteta riittävästi muiden ammattiryhmien osalta. Hoitotyöntekijät arvostavat itse omaa työtään, mutta kokevat, että ulkoapäin tuleva arvostus ei ole samansuuntaista. Hoitotyön asemalla ja roolilla on vaikutusta hoitohenkilökunnan saatavuuteen ja työhyvinvointiin.

6) Ylimmän johdon tukea tarvitaan toiminnan mahdollistajana.

Jatkokehittämis ehdotukset:

- Hoitotyön riittävät resurssit tulisi määrittää hoidon toteuttamiseen.
- Hoitohenkilökunnan koulutustarve tulisi selvittää sekä koulutusta järjestää koko hoitohenkilöstölle, esimerkiksi ortogeriatrisen hoidon lääketieteellisistä perusteista ja kinestetiikasta.
- Luomalla ortogeriatrisen hoitotyön kehittämistyöryhmä, mahdollistuisi hoitotyön kehittämiskohtien jatkuva kehittäminen sekä niiden käytäntöön vieminen.
- Hoitotyön kirjaamiskäytäntöihin ja menetelmiin tulisi kiinnittää huomiota siten, että käytännöt saataisiin yhteneväisiksi luomalla selkeä kirjaamispohja sekä kouluttamalla hoitohenkilöstöä.
- Potilaslähtöisyyden kehittämistä tulisi jatkaa hoitotyössä säännöllisen arvioinnin kautta esimerkiksi luomalla yhteistyöpaja tyyppistä toimintaa.
- Hoitohenkilöstön sekä potilaiden asenteista ja arvoista tulisi kerätä palautetta ja analysoida saatua tietoa, jota hyödynnettäisiin potilaslähtöisessä hoitotyön kehittämisessä.
- Toiminnan organisaattoreiden ja johdon kehittämishaasteet alueellisen hoidon jatkumattomuuden selvittämisen, tukemisen sekä koulutuksen alueilla.
- Erikoisalojen näkemyseroja tulisi kaventaa esimerkiksi lisäämällä tietoa eri erikoisalojen toiminnasta.
- Fysioterapia resurssien tarve ja hyödyntämisen mahdollisuus tulisi selvittää.

9 POHDINTA

Opinnäytetyössä halusin selvittää hoitotyön näkökulmaa, jota ei ole aikaisemmin tutkittu osastollamme. Tämä tuki päätöstäni toteuttaa kehittämistyö nykyisessä muodossaan. Kehittämistyö olisi voitu tehdä myös haastattelemalla potilaita. Luopikäytäntöjen monivaiheisuuden ja aikaa vievän prosessin vuoksi kuitenkin luovuin tästä.

Opinnäytetyön tavoite oli toteuttaa kaikki kehittämistyön prosessin vaiheet. Koin, että tällä tavalla opinnäytetyöstä ja siinä käytetyistä menetelmistä saadaan paras hyöty. Tärkeimpänä hyötynä pidin yhteisöllisen kehittämisen ja yhteistyön kehittämisen lisääntymistä. Opinnäytetyön prosessin alussa oli tavoitteena tulosten siirtäminen käytäntöön. Tämä ei toteutunut tässä työssä. Menetelmien käytön tavoitteena oli edesauttaa yhteisöä kommunikoinnin ja näkökulmien avartamisessa. Menetelmien valintoja ohjasi Lean-prosessin eteneminen. Mielestäni menetelmien runsaus ei johtanut lopputulosten osalta ”kaaokseen”, vaan kokonaisuudesta muodostui hallittu. Prosessi osoitti, kuinka haasteellista ja monimuotoista kehittäminen on. Oma oppimiseni ja ymmärrykseni kehittämisestä lisääntyivät merkittävästi. Panostin iltapäiviin huolellisella suunnittelulla ja organisoinnilla (tilat, aika, menetelmät, sisältö, ohjeistukset, ohjaustuen pyytäminen⁵, esitykset sekä kahvitarjoilut ym.)

Prosessi tarjosi osallistujille ajattelun ja pohdinnan mahdollisuuden. Tulokset osoittivat realistisia käytännönläheisiä toimenpide-ehdotuksia, joilla toimintaa saadaan kehitettyä entistä paremmaksi. Työskentely kehitti vuoropuhelua, kommunikointia ja toisten ammattiryhmien työnkuvaan tutustumista. Tämä osoitti, että kehittämistyön kaltaista toimintaa tarvitaan jatkossakin. Tähän työhön ”kypsyminen” näkyi ajattelun ja sen kehittymisen kautta (hermeneuttisesti). Opinnäytetyön tekijänä prosessin tuottaminen on ollut haastava. Haastavaksi prosessi osoittautui useiden yhteistyötahojen osallistumisen osalta, ajan hallinnan sekä omien voimavarojeni osalta. Lean-menetelmien käytön ja -ajattelun soveltaminen oli myös haastavaa, mutta erittäin mielenkiintoista. Yhteisöllinen kehittäminen ja osallistaminen lisäsivät työmotivaatiani ja kehittämisintoani.

⁵ Ohjaustuen mahdollisti ortopedi, traumatologian oyl. Jousmäki, jonka tuki opinnäytetyöprosessissa oli merkittävä Lean-menetelmän käytön osalta.

Kehittyikö potilaslähtöinen hoitotyö opinnäytetyön prosessin aikana? Tulokset osoittavat kehittymisen siten, että osallistujat tuottivat monipuolisen, potilaslähtöisen tiedon hoitotyöstä ja sen toimintamallista. Opinnäytetyöprosessi ei tuottanut tietoa hoitajien potilaslähtöisen ajattelun, arvojen tai asenteiden muutoksesta. Viitteitä tästä saatiin. Jatkossa tarvittaisiin säännöllistä arviointia ja pohdintaa vertaamalla toimintaa arvoihin.

Osa prosessissa tuotetuista tuloksista jäivät osittain raportoimatta. Koen, että tämä ei heikentänyt opinnäytetyön arvoa. Kehittämistyön konkreettisten tulosten täytännönpano siirtyy kentällä yhteisöllisesti tehtävään työhön. Osoituksena tästä on ortogeriatrisen yhteistyöryhmän toimenpiteet. Kehittämiskohtia ja jatkotutkimusehdotuksia on kirjattu muistioihin selvitystyön alle. Lisäksi tulosten juurruttamisen tavoitteena on jatkaa työn tulosten käsittelyä osastotunneilla ja yhteistyöpalaverissa. Pohdin juurruttamista yksilöllisellä tasolla. Miten ja mitä työntekijät saivat prosessista ja miten he tietoa tulevat käyttämään työssään? Yksilötasolla esimerkiksi kehittämisiltapäivien anti oli riippuvainen työntekijän omasta asenteesta, suhtautumisesta ja oppimiskokemuksesta. Olisi mielenkiintoista kartoittaa, mitä työntekijät kokivat saaneensa prosessista ja miten he sitä tulevat hyödyntämään omassa työssään.

Kehittämistyön jatkumisen osalta on monia haasteita tulevaisuudessa. Toteutukseen vaikuttavat oleellisesti johtopäätösten ja jatkokehittämisehdotuksien eteenpäin vieminen. Organisoinnilla on tässä suuri merkitys. Tulosten eteenpäinviemisessä tulee huomioida toimintatavat ja prosessien linkittyminen toisiinsa. Jatkossa kehittämisessä tulee varoa, ettei kehittämisprojekteista tule johdon- ja henkilöstön kannalta hallitsemattomia, kuten Stenvall ja Virtanen (2012, 15-18) kuvaavat. Mielestäni tässä on yksi suurimpia ortogeriatrisen hoitotyön kehittämisen haasteita. Miten kehittäminen pysyy hallinnassa ja miten sitä ohjataan?

Osastollamme alkaa remontti tulevana kesänä ja tämän vuoksi osasto siirtyy toimimaan väistötiloissa. Tämä aiheuttaa useita haasteita toiminnalle. Osastomme potilaspaikkaluku vähentyy kahdeksalla potilaspaikalla. Tämän vaikuttaa henkilöstön toimintaan ja potilaiden hoidon sijoitteluun. Väistötiloissa osasto tulee toimimaan noin vuoden. Väistötilat ovat myös rakenteeltaan erilaiset kuin nykyiset toimintatilat. Muutokset voivat hidastaa kehittämistyötä ja aiheuttaa lisähaasteita.

Myös muiden osastolla hoidettavien potilasryhmien kehittyvä hoitotyö vaikuttaa ortogeriatrisen hoitotyön kehittämiseen. Lisäksi tuleva SOTE-uudistus tulee vaikuttamaan toimintaan tulevaisuudessa. Kokonaisuudessaan koen olevani valmiimpi tämän projektin jälkeen kohtaamaan uusia ja haasteellisia projekteja. Toivon, että olen onnistunut myös innostamaan muita työyhteisön jäseniä kehittämistoimintaan.

Eettiset kysymykset. Kehittämistyön tutkimusasetelmaa kriittisesti pohdittaessa etiikan osalta, heräsi mieleeni ajatus vallasta. Tässä työssä asetelma hoitotyöpotilas, voidaan ajatella kehittämistyön toteuttamista vallan käyttönä. Kuokkasen & Leino-Kilven (2000, 236) mukaan vallan käyttö terveydenhuollossa mielletään usein negatiivisena. Valta on kuitenkin hoitotyön eettisestä näkökulmasta katsottuna sellaista, mitä ei voi saavuttaa yksin. Se on yhdessä saavuttamista. Esimerkiksi tässä työssä hoitotyön ammattilaisten asiantuntijatiedon käyttöä potilaan hyödyksi.

Osallistujia myös muistutettiin prosessin aikana kehittämisen lähtökohdasta (ks. Kangasniemi 2007, 189-198). Pihlaisen (2000, 114) väitöstutkimus osoitti, että työelämässä esiintyvät hoitotyön arvokäsitykset olivat ihmisarvo ja ihmisen kunnioittaminen, potilaan hyvä, yksilöllisyys, välittäminen ja kohtaaminen sekä potilaan puolesta. Lisäksi arvokäsityksiä olivat terveys, lämpö, läheisyys, ammattitaito, yhteistyö, työrauha ja aika. Kyseiset arvot ilmenivät myös tässä kehittämistyön prosessissa sekä osaltani kehittämistyön vetäjänä ja opinnäytetyön raportin kirjoittajana.

Kehittämistyössä ja raporttia kirjoittaessa olen pyrkinyt huolellisuuteen aineistojen käsittelyssä, analysoinnissa, tulosten tallennuksessa ja esittämisessä. Tuloksissa olen käyttänyt melko paljon alkuperäisilmauksia. Niiden tarkoitus on ollut osoittaa, mistä oma tulkintani on muodostunut ja ettei alkuperäinen ilmaus ole vääristynyt. (Ks. Hyvä tieteellinen käytäntö, 2012-2014.) SWOT-analyysin aineiston analyysi olisi voitu tehdä toisin. Aineisto koski koko ortogeriatrista toimintaa ja näin ollen tuloksista poimittiin hoitotyön kehittämisen haasteet. Tämä vaihe olisi voitu toteuttaa yhteisöllisesti esimerkiksi hoitotyön esimiesten kanssa. Päädyin kuitenkin tekemään analyysin yksin, sillä koin aineiston laajuuden ja esimiesten kiireisyyden haastavaksi. Analysoinnissa pyrin pohtimaan tarkasti hoitotyön vaikuttamismah-

dollisuuksia suhteessa kehittämishaasteisiin. Arvovirtakuvauksesta nostettujen kehittämiskohteiden analysointi oli myös mahdollisuuksiltaan em. kaltainen. Kaikki kehittämishaasteet olisi voitu nostaa yhteisölliseen käsittelyyn. Myös tässä kohtaa ajan käytön haasteet tulivat esteeksi. Tulosten esittämisen osalta olen pyrkinyt toimimaan tasa-arvoisesti. Olen asettanut kaikki tulokset samalle arvotasolle siten, että en ole vähätellyt tai korostanut mitään tarpeettomasti. Lähdeviitteet ja merkin­nät olen merkinnyt ohjeistuksen mukaisesti ja arvostaen alkuperäistutkimuksia. Oma roolini kehittämistyössä oli ohjaaja ja prosessin havainnoija. Prosessia koske­vissa tuloksissa havainnointi näkyi omina tulkintoina. Omat tulkinnat ja palaut­teet olivat samansuuntaisia (ks. Hyvä tieteellinen käytäntö, 2012-2014). Kehittämi­nen, kuten tämäkin prosessi kiteytyy hyvin Mäkijärven (2013, 27-28) sanoihin: ” Mikään ei ole täydellistä, mutta siitä huolimatta on aina pyrittävä parempaan”.

LÄHTEET

- Aira, A. 2012. Toimiva yhteistyö – Työelämän vuorovaikutussuhteet, tiimit ja verkostot. [Verkkojulkaisu]. Akateeminen väitöskirja. Humanistisen tiedekunnan julkaisuja: 179. Jyväskylän yliopisto. [Viitattu 23.10.2014]. Saatavana: <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/37743/9789513947088.pdf>
- Barton, A. & Mulley, G. 2003. History of the development of geriatric medicine in the UK. *Postgraduate Medical Journal* (79), 229–234 .
- Beswick, A., Rees, K., Dieppe, P., Ayis, S., Gooberman-Hill, R., Horwood, J., Ebrahim, S. 2008. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 371 (9614), 725–735.
- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., Rodriguez, L. & Beaulieu, M-D. 2005. The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care* (1), 116–131 .
- Epsari. 2014. Lean hävittää hukkatyötä. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin henkilöstölehti 1/2014. [Verkkolehti]. [Viitattu 26.10.2014]. Saatavana: http://www.epshp.fi/files/6746/Epsari_1_2014_netti.pdf
- Geriatrician poliklinikka, Y-talo – Hoidon, tutkimuksen ja kuntoutuksen tulevaisuus. 2011. Esite. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 1.3.2014]. Saatavana: http://www.epshp.fi/files/197/y_talo_esite_010311.pdf
- Hakala, M., Malmivaara, A., Eskelinen, J., Toivonen, U., Haapala, J., Valjakka-Heimola, M., Mikkelsen, M. & Häkkinen, U. 2014. Kuntoutusosaston perustamisen vaikutus lonkkamurtumapotilaiden hoitotuloksiin. *Suomen Lääkärilehti* 69 (5), 319–323 .
- Hasle, P. 2014. Lean production – An evaluation of the possibilities for an employee supportive Lean practice. *Human factors and Ergonomics in Manufacturing & Service Industries* 24 (1), 40–53.
- Hartikainen, S. & Lönnroos, E. 2008. Geriatria – Arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Heikkinen, H. 2013. SWOT. [Verkkosivu]. [Viitattu 27.5.2014]. Saatavana: <https://www.innokyla.fi/web/malli111751>

- Huttunen, R. & Heikkinen, H. 1999. Kriittinen teoria ja toimintatutkimus. Teoksessa: Heikkinen, H., Huttunen R. & Moilanen, P. (toim.) Siinä tutkija missä tekijä. Jyväskylä: PS-Kustannus, 155–186.
- Hyvä tieteellinen käytäntö. 2012-2014. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. [Verkkosivusto]. [Viitattu 21.2.2015]. Saatavana: <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto>
- Hänninen, M. 2014. Muutoksesta jatkuvaan uudistamiseen. Teoksessa: Sydänmaanlakka, P. Tulevaisuuden johtaminen 2020. Saarijärvi: Pertec Consulting Oy, 99-109.
- Ideariih. Ei päiväystä. Koppa. Jyväskylän yliopisto. [Verkkosivusto]. [Viitattu 11.1.2015]. Saatavana: <https://koppa.jyu.fi/avoimet/mit/tietotekniikan-opetuksen-perusteet/Opetusmenetelmista-ja-lahestymistavoista/Opetusmenetelmat/ideariih>
- Isoherranen, K. 2012. Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Helsinki. Akateeminen väitöskirja. Sosiaalitieteiden laitoksen julkaisu ja 2012: 18. Helsingin yliopisto. [Verkojulkaisu]. Saatavana: https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37493/isoherranen_vaitoskirja.pdf?sequence=1
- Isoherranen, K., Rekola, L. & Nurminen, R. 2008. Enemmän yhdessä – moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Jokipii, P., Pihlajamäki, H., Jousmäki, J., Mäki-Rajala, A., Toivola, S. & Kalliovalkama, E. 2014. Toiminallinen tilasuunnitelma – tarveselvitys. Ortopedian toimintayksikön osastotoiminta. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Sisäinen raportti. Julkaisematon.
- Joosten, T., Bongers, I. & Janssen, R. 2009. Application of lean thinking to health care: issues and observations. International Journal for Quality Health Care 21, (5), 341–347 .
- Jousmäki, J. 2014. A3-ongelmanratkaisu. Ortopedian toimintayksikkö. Etelä-Pohjanmaansairaanhoitopiiri. Julkaisematon.
- Jousmäki, J., Sipilä, J. & Nuotio, M. 2013. Lonkkamurtumapotilaan hoidon ohjeistus Seinäjoen keskussairaalassa. Ortopedian ja geriatrian toimintayksikkö. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Sisäinen julkaisu.
- Junnila, R., Koskinen, S., Stolt, M. & Salminen, L. (toim.) 2011. Näyttöön perustuva opettaminen ja ohjaaminen. Turun yliopiston hoitotieteenlaitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja 62/2011.

- Lillrank, P. 2013. Lean-ajattelu terveydenhuollossa. [Verkkajulkaisu]. Nordic Healthcare Group Oy. [Viitattu 5.11.2014]. Saatavana: http://www.nhg.fi/wp-content/uploads/2014/06/NHG_Lean_Whitepaper.pdf
- Lindroos, J-E. & Lohivesi, K. 2004. Onnistu strategiassa. Helsinki: WSOY.
- Lonkkamurtuma. Ei päiväystä. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos THL. [Verkkosivu]. [Viitattu 19.9.2014]. Saatavana: <http://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/perfect/osahankkeet/lonkkamurtuma>
- Mak, J., Cameron, I. & March, L. 2010. Evidence-based guidelines for the management of hip fractures in older persons: an update. The Medical Journal of Australia 192 (1), 37–41.
- Management of hip fracture in older people – A national clinical guideline. 2009. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 22.9.2014]. Saatavana: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign111.pdf>
- Manneroos, M. 2013. ”Se isoin taloudenhallinta tapahtuu siinä, kun...” Potilasprosessien kehittäminen julkisessa terveydenhuollossa. Pro gradu – tutkielma. Turun kauppakorkeakoulu. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 26.2.2015]. Saatavana: <https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/93409/414350.pdf?sequence=2>
- Modig, N. & Åhlström, P. 2013. Tätä on Lean – ratkaisu tehokkuusparadoksiin. Tukholma: Rheologica Publishing.
- Mäkijärvi, M. 2013. Lean-menetelmä suomalaisessa terveydenhuollossa – kokemuksia ja haasteita HUS:ssa. Sosiaali- ja terveysjohtamisen MBA-tutkielma. Tampereen yliopisto. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 26.10.2014]. Saatavana: http://www.hus.fi/hus-tie-toa/materiaalipankki/esitysmateriaalit/Yleinen%20piilokirjasto%20yksittisille%20tiedostoille/Lean-menetelma_suomalaisessa_terveydenhuollossa.pdf
- Niemi, V. 2012. Turvallisia vuosia ikääntyneille – Selvitys ikääntyneiden turvallisuustilanteesta Suomessa. Sisäasiainministeriön julkaisuja 27/2012. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 15.9.2014]. Saatavana: http://www.intermin.fi/download/34419_272012.pdf
- Nuotio, M. 2015. Geriatrian poliklinikan osastonylilääkäri. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. [Henkilökohtainen sähköpostiviesti]. 21.4.2015.
- Nuotio, M., Jokipii, P., Viitanen, H. & Jäntti, P. 2009. Ortogeriatría – hankkeesta käytäntöön Etelä-Pohjanmaalla. Suomen Lääkärilehti 64 (21-22), 1985–1988.
- Nurmi, I., Narinen, A., Lüthje, P. & Tanninen, P. 2003. Cost analysis of hip fracture treatment among the elderly for the public health services: a 1-year prospective

study in 106 consecutive patients. Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery 123 (10), 551–554.

Nurmi-Lüthje, I. 22.5.2012. Tapaturmien tilastointi tapaturmien ehkäisyn perustana. Tapaturmien ja väkivallan ehkäisykeskus (Start). [Ppt-esitys]. Turvallinen kunta-seminaari. Kouvola. [Viitattu 22.9.2014]. Saatavana: http://www.vantaa.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/vantaa/embeds/vantaa/wwwstructu-re/79018_Tapaturmien_tilastointi_tapaturmien_ehkaisyn_perustana.pdf

Ortopedian osasto A22. Ei päiväystä. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. [Verkkosivu]. [Viitattu 9.4.2014]. Saatavana: http://www.epshp.fi/1/yksikoiden_sivut/operatiivinen_toiminta/ortopedia/osastot

Pajulammi, H. 2014. Geriatrian erikoistuvanvaiheen lääkäri. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Keskustelu 29.5.2014.

Payne, M. Teamwork in multiprofessional care. 2000. Lontoo: Palgrave.

Petri, L. 2010. Concept analysis of interdisciplinary collaboration. Nursing Forum 45 (2), 73–82.

Pihlainen, A. 2000. Hyvä, ihanteellisuus ja epäitsekkyys arvo- ja arvostuskäsityksinä terveydenhuollon koulutuksessa ja työelämässä. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisu. [Verkojulkaisu]. [Viitattu 21.2.2015]. Saatavana: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66988/951-44-4763-8.pdf?sequence=1>

Pihlajamäki, J. 2012. Leania. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. [Blogi-kirjoitus]. [Viitattu 10.11.2014]. Saatavana: http://www.epshp.fi/1/yleisesittely/johtajan_blogi/leania.4589.blog?3167_a=comments&3167_m=4589#comments_4589

Rellman, J. 2011. Erikoisalakohtainen lääkäritilanne ja erikoislääkärikoulutuksen tarve vuoteen 2025 Tampereen yliopistollisen sairaalan erä-alueella. Raportti. [Verkojulkaisu]. Tampereen yliopisto. [Viitattu 20.5.2014]. Saatavana: <http://www.uta.fi/med/oikopolut/Erikoislaakariselvitys.pdf>

Sacristán, J. 2013. Patient-centered medicine and patient-oriented research: improving health outcomes for individual patients. Medical Informatics & Decision Making (BMC) 13 (6), 1–8.

Sletvold, O., Helbostad, J., Thingstad, P., Taraldsen, K., Prestmo, A. Lamb, S., Aamodt, A., Johnsen, R., Magnussen, J., Saltvedt, I. 2011. Effect of in-hospital comprehensive geriatric assessment (CGA) in older people with hip fracture. The protocol of the Trondheim Hip Fracture trial. BMC Geriatrics 11:18. [Verk-

kojulkaisu]. [Viitattu 16.9.2014]. Saatavana:
<http://www.biomedcentral.com/1471-2318/11/18>

Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020 – Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategia. 2011. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2011:1. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 16.9.2014]. Saatavana:
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-14357.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009-2011. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:18.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. Helsinki. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 28.5.2014]. Saatavana:
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511564&name=DLFE-26915.pdf

Stenvall, J. & Virtanen, P. 2012. Sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistaminen – kehittämisen mallit, toimintatavat ja periaatteet. Tallinna: Tietosanoma Oy.

Strömmer, P. & Järvinen, T. 2014. EPSHP Lean peruskoulutus & Arvoketju- ja ongelmanratkaisukoulutus. [Ppt-esitys]. Business Excellence Finland Oy. [Koulutustilaisuus]. 22.4.2014, 21.5.2014. Seinäjoki.

Suhonen, R. 2012. Ikääntynyt ihminen, osaaminen ja palvelujärjestelmä – keskustelua konsensuslausumasta. Gerontologia (1), 63–65.

Sund, R., Juntunen, M., Lüthje, P., Huusko, T., Mäkelä, M., Linna, M., Liski, A. & Häkkinen, U. 2008. PERFECT - Lonkkamurtuma – Hoitoketjujen toimivuus, vaikuttavuus ja kustannukset lonkkamurtumapotilailla. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (STAKES). Työpapereita 18/2008. Helsinki. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 16.9.2014]. Saatavana:
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75717/T18-2008-VERKKO.pdf?sequence=1>

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Reisiluunyläosan murtumien jaottelu ja luokitutus (ICD 10). 2011. [Verkkosivusto]. [Viitattu 22.9.2014]. Saatavana:
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50040#kuvatjakaaviot>

Strategia 2013-2020. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin hallitus. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 15.9.2014]. Saatavana:
http://www.epshp.fi/files/6270/Strategia_2013-2020.pdf

- Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestöennuste. 2012. [Verkkojulkaisu]. Helsinki. Tilastokeskus. [Viitattu 28.5.2014]. Saatavana: http://tilastokeskus.fi/til/vaenn/2012/vaenn_2012_2012-09-28_tie_001_fi.html
- Tarhonen, T. 2013. Gerontologinen osaaminen hoitotyössä. Pro-gradu tutkielma. [Verkkojulkaisu]. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. [Viitattu 12.5.2014]. Saatavana: http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130427/urn_nbn_fi_uef-20130427.pdf
- The care of patients with fragility fracture. 2007. The British Orthopaedic Association. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 22.9.2014]. Saatavana: <http://www.fractures.com/pdf/BOA-BGS-Blue-Book.pdf>
- Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampere University Press.
- Toivola, S. 2014. Osastonhoitaja. Seinäjoen keskussairaala osasto A22. Haastattelu. 26.3.2014, 3.9.2014, 24.2.2015. Seinäjoki.
- Toussaint, J. & Berry, L. 2013. The promise of Lean in health care. Mayo Foundation for Medical Education and Research 88 (1), 74–82 .
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. 5. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Valvanne, J. 2012. Geriatrian koulutustarpeet – kaikilleko geriatri? Teoksessa: Kohti parempaa vanhuutta – Konsensuskokous 2012. Espoo: Duodecim & Suomen Akatemia. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 20.9.2014]. Saatavana: <http://www.terveysportti.fi/kotisivut/docs/f-1847389120/konsensusartikkeli-netti.pdf>
- Vehkalahti, K. 2014. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Finn Lectura Ab.
- Verkostojohtamisen opas. 2014. Learning café ja World café. [Verkkosivusto]. [Viitattu 22.9.2014.]. Saatavana: http://verkostojohtaminen.fi/?page_id=139
- Verkostojohtamisen opas. 2015. Suunnittelun, toiminnan ja arvioinnin jatkuva sykli. [Verkkosivusto]. [Viitattu 16.3.2015.]. Saatavana: http://verkostojohtaminen.fi/?page_id=107
- Viinikainen, S., Asikainen, P., Helminen, M. & Suominen, T. 2013. Hoitotyön valta erikoissairaanhoidossa – osastonhoitajien ja apulaisosastonhoitajien arvio. Tutkiva hoitotyö 11 (1), 14–23.
- Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

- Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P. & Suokas, M. 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämiseen. Teknologian ja innovaatioiden kehittämiskeskus Tekes. Helsinki. Tekesin katsaus 281/2011. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 17.9.2014]. Saatavana: <http://www.tekes.fi/Julkaisut/matkaopas.pdf>
- Väisänen, J. 2013. VSM (Value Stream Mapping) – Arvovirtakuvaus. [Verkkosivusto]. Quality Knowhow Karjalainen Oy. [Viitattu 10.1.2015]. Saatavana: <http://www.qk-karjalainen.fi/fi/artikkelit/vsm-value-stream-mapping-arvovirtakuvaus/>
- Webropol Oy, ei päiväystä, [Verkkosivusto]. [Viitattu 6.1.2015]. Saatavana: <http://www.webropol.fi/yritys/>
- Young, T. & McClean, S. 2008. A critical look at Lean Thinking in healthcare. Quality & Safety in Health care (17), 382–386 .

LIITTEET

Liite 1. Webropol®-kyselyn tulokset

Liite 2. Lonkkamurtumapotilaan hoitotyön arvovirtakuvaus

Liite 3. A3–ongelmanratkaisupohja

LIITE 1 Webropol®-kyselyn tulokset

Ortogeriatrian hoidon ohjeistus osuudessa kartoitettiin vastaajien tietoa lonkkamurtumapotilaan hoidon ohjeistuksesta ja halua saada lisää tietoa ohjeistuksen lääketieteellisistä perusteista (kysymykset 3-4). Lonkkamurtumapotilaan hoidon ohjeistuksen tiesi enemmistö (n=15) ja osittain kolmasosa (n=7) vastaajista. Vastaukset osoittivat, että ohjeistus on hyvin hallinnassa. Vastaajista yli puolet (n=12) halusi saada lisää tietoa lääketieteellisistä perusteista. Osittain lisää tietoa halusi kolmasosa (n=8) ja vain (n=2) vastaajista ilmoitti, ettei halunnut lisää tietoa. Tulos tuki näin ollen suunnitelmaa järjestää koulutusta osana kehittämistyötä.

Kysymyksessä viisi pyydettiin arvioimaan lonkkamurtumapotilaan hoidonohjeistuksen toteutumista vastaajan työssä sekä arvioimaan mahdollisia syitä toteutumattomuudelle (kysymys 6). Asteikkona käytin Osgoodin asteikkoa asteikkoarvolla 1-5. Toisena ääripäänä oli täysin toteutumaton (1) ja toisessa täysin toteutuva (5) toiminta hoidon ohjeistuksen mukaisesti. Vastausvaihtoehdon neljä oli valinnut jopa (n=13) vastaajaa ja vaihtoehdon kolme lähes kolmasosa (n=9) vastaajista. Näin ollen hoidon ohjeistus toteutui vastaajien arvioimana hyvin. Syitä heikolle toteutumiselle kysyttiin monivalintakysymyksellä (kysymys 6). Kysymykseen sai valita useita vastausvaihtoehtoja. Eniten toteutumista haittasivat kiire (n=15), osaston korkea hoitoisuus (n=13), vähäinen henkilökunnan määrä (n=8) ja tiedon puute (n=6). Muut syyt olivat lääketieteen ohjeistuksen ja hoitotyön käytännön toteuttamisen haasteet (n=2), ohjeiden runsaus – unohtaminen (n=2), yhteistyötahojen toimijoiden keskinäinen vuorovaikutus (n=1) sekä toiminnan kokeminen lisätyönä (n=1).

Kysymysten (7-8) tarkoitus oli tuottaa henkilökohtaisella tasolla tietoa hoidonohjeistuksen toteutumisesta ja asenteista. Vastaajia pyydettiin arvioimaan kysymyksessä seitsemän, miten tärkeäksi vastaaja kokee hoitotyön ohjeistuksen ja toteutuksen potilaan näkökulmasta. Asteikkona käytin Osgoodin asteikkoa arvolla 1-5, jossa toisena ääripäänä oli vähäinen merkitys (1) ja toisena suuri merkitys (5). Lähes puolet (n=9) vastaajista valitsi asteikolta arvon 5. Arvon 4 valitsi kolmasosa (n=8) ja arvon 3 (n=3) sekä arvon 2 vain (n=2) vastaajista. Tulosten perusteella voidaan todeta, että vastaajat kokevat toiminnan olevan potilaalle erittäin merki-

tyksellinen. Kysymys kahdeksan oli avoinkysymys: miten hoitotyön ohjeistus ja toteutus parantaa potilaan saamaa hoitoa? (taulukko 5).

Taulukko 5. Miten hoitotyön ohjeistus/toteutus parantaa potilaan saamaa hoitoa tulokset

Parantaa potilaan terveyttä	Ehkäisee komplikaatioita	Auttaa tunnistamaan potilaan voinnissa mahd. muutokset	Omaisten ymmärrys lisääntyy	Osataan kiinnittää huomiota mikä tärkeintä iäkkäiden hoidossa
Arvostus lisääntyy	Potilaiden nopeampi kuntoutuminen mahdollistuu	Potilaille annetaan enemmän aikaa	Potilas motivoituu	Potilas tietoisempi saamastaan hoidosta, mikäli pot. psyykinen tila sen mahdollistaa
	Pyrkii takaamaan parhaan mahdollisen hoidon	Tasainen hoitotyön laatu	Yhdenmukainen hoito-ohjeistus helpottaa hoitotyön toteutumista	

Ortogeriatriinen toiminta osastolla. Kyselyosuus pohjautui käytössä olevaan Lonkkamurtumapotilaan hoidonohjeistukseen. Asteikkoarvot (Osgood) olivat paljon kehitettävää (1) ja vähän kehitettävää (5). Osuudessa kartoitettiin vastaajien ammatillista osaamista aihealueittain (kysymykset 9-15). Kyselyosuuden vastauksen tarkoitus oli tuottaa tietoa, millaisena vastaajat kokivat oman ammattitaitonsa ja millä osa-alueilla on kehitettävää (taulukko 6).

Taulukko 6. Ortogeriatrisen hoitotyön osaamisen itsearviointin tulokset

9. Ravitseminen	1	2	3	4	5		Yhteensä	Keskiarvo
Paljon kehitettävää	0	1	9	11	1	Vähän kehitettävää	22	3,55
10. Kivun hoito	1	2	3	4	5		Yhteensä	Keskiarvo
Paljon kehitettävää	0	1	4	11	6	Vähän kehitettävää	22	4
11. Kuntoutus	1	2	3	4	5		Yhteensä	Keskiarvo
Paljon kehitettävää	0	1	5	14	2	Vähän kehitettävää	22	3,77
12. Sekavuuden arviointi/ennaltaehkäisy	1	2	3	4	5		Yhteensä	Keskiarvo
Paljon kehitettävää	0	3	8	10	1	Vähän kehitettävää	22	3,41
13. Miten arvioisit osaamistasi deliriumin tunnistamisessa?	1	2	3	4	5		Yhteensä	Keskiarvo
Paljon kehitettävää	0	1	10	9	2	Vähän kehitettävää	22	3,55
14. Miten arvioisit osaamistasi akuutin deliriumin hoidossa?	1	2	3	4	5		Yhteensä	Keskiarvo
Paljon kehitettävää	0	3	11	8	0	Vähän kehitettävää	22	3,23
15. Erittäminen	1	2	3	4	5		Yhteensä	Keskiarvo
Paljon kehitettävää	0	1	2	15	4	Vähän kehitettävää	22	4

Suunnitelman mukaisesti alhaisimmat keskiarvot saaneista osa-alueista järjestetään kehittämistyön seuraavassa vaiheessa koulutusta. Näin ollen aiheeksi valikoitui delirium tilan tunnistus, ennaltaehkäisy, arviointi ja hoito.

Ortogeriatrisen hoidon osaamisen arviointi osuus, käsitteli itsearviointia hoidon kokonaisvaltaisuuden toteutumisessa sekä mittareiden käytön ja kirjaamisen hallintaa (kysymykset 16-18) (taulukko 7).

Taulukko 7. Ortogeriatrisen hoitotyön osaamisen itsearvioinnin muiden osa-alueiden tulokset

16. Arvioi osaamistasi hoidon kokonaisvaltaisuuden toteutumisessa	1	2	3	4	5		Yhteensä	Keskiarvo
Paljon kehitettävää	0	1	5	15	1	Vähän kehitettävää	22	3,73
17. Arvioi osaamistasi mittareiden käytössä	1	2	3	4	5		Yhteensä	Keskiarvo
Paljon kehitettävää	0	2	10	5	5	Vähän kehitettävää	22	3,59
18. Arvioi osaamistasi kirjaamisessa	1	2	3	4	5		Yhteensä	Keskiarvo
Paljon kehitettävää	0	3	6	9	4	Vähän kehitettävää	22	3,64

Vastaajia pyydettiin arvioimaan kuinka paljon aikaa kuluu yhden potilaan hoitoon keskimäärin, kun hän on geriatrin kierrolle osallistuva hoitaja (kysymys 19). Tarkoitus oli selvittää millaisia ajankäyttöön liittyviä resursseja hoitotyö vaatii. Vastaajista puolet (n=11) arvioi ajankäytön 1-1,5 tunnin välille, kolmasosa (n=7) yli 1,5-2 tunnin välille, (n=3) yli kaksi tuntia ja (n=1) alle tunti.

Yhteistyö eri ammattiryhmien välillä osuus käsitteli yhteistyötä eri ammattiryhmien, ortopedien, geriatrien ja fysioterapeuttien kanssa. Yhteistyötä arvioitiin Osgoodin asteikolla 1-5, kehitettävä yhteistyö (1) ja toimiva yhteistyö (5) (taulukko 8).

Taulukko 8. Hoitohenkilöstön arvio yhteistyöstä eri ammattiryhmien välillä

20. Miten arvioisit yhteistyötä osastolla eri ammattiryhmien välillä kokonaisuutena? Vastaajien määrä: 22	1	2	3	4	5		Yhteensä	Keskiarvo
Kehitettävä yhteistyö	4	4	8	6	0	Toimiva yhteistyö	22	2,73
21. Arvioi yhteistyötä hoitajien ja ortopedien välillä Vastaajien määrä: 21	1	2	3	4	5		Yhteensä	Keskiarvo
Kehitettävä yhteistyö	1	0	4	13	3	Toimiva yhteistyö	21	3,81
22. Arvioi yhteistyötä hoitajien ja geriatrien välillä Vastaajien määrä: 22	1	2	3	4	5		Yhteensä	Keskiarvo
Kehitettävä yhteistyö	2	9	5	5	1	Toimiva yhteistyö	22	2,73
23. Arvioi yhteistyötä hoitajien ja fysioterapeuttien välillä Vastaajien määrä: 22	1	2	3	4	5		Yhteensä	Keskiarvo
Kehitettävä yhteistyö	0	3	6	11	2	Toimiva yhteistyö	22	3,55

Yhteistyö koettiin positiiviseksi. Suurin osa vastauksista em. neljässä kysymyksessä arvioitiin asteikon 3-5 kohtiin. Monivalintakysymys (24) pyrki selvittämään hoitohenkilöstön kokemuksia ja näkemyksiä yhteistyöstä sekä arvioimaan siihen vaikuttavia tekijöitä. Kysymykseen oli vastannut 21 vastaajaa kaikista 22 vastaajasta. Eri tekijät ja vastaukset olivat seuraavat: kiire (n=15), henkilökunnan vähäisyys (n=8), osaston korkea hoitoisuus (n=11), tiedonkulun ongelmat (n=13), työnjaon epäselvyydet (n=9) ja tiedon puute (n=3). Muut yhteistyöhön vaikuttavat tekijät (n=10) olivat: asenteet ja vuorovaikutus, geriatrien ja ortopedien kommunikoinnin puute, näkemyserot ortopedien ja geriatrien välillä, ortopedien ja geriatrien määrysten ristiriitaisuus, yhteistyön puute sekä joustavuuden puute.

Kysymyksessä 25 vastaajia pyydettiin kuvailemaan avoimella vastausvaihtoehdolla erityishuomioita yhteistyöstä ja toiminnan sujuvuudesta. Kysymykseen vastasi 12 vastaajaa. Esitän tulokset alkuperäisilmauksina, joista olen muodostanut ryhmät.

Yhteistyön toteutuminen (n=5) ja vuorovaikutus (n=2)

"Geriatrien pitäisi ehdottomasti kiertää yhdessä ortopedien kanssa. Tuntuu järjettömältä, että he eivät kierrä yhdessä ja toimi yhdessä."

"Varsinkin ortopedien ja geriatrien yhteistyötä tulisi tehostaa."

"Mielestäni osan kanssa yhteistyö sujuu hyvin, ilman ongelmia."

"Yhteistyö saattaa olla vähäistä ortogeriatrisia kokouksia lukuunottamatta."

"Yhteistyötä parantavia asioita: säännöllisyys (tehdään kierrot sovitusti ajallaan), hoitajien puolelta olisi hyvä jos olisi geriatrinen hoitaja aamuvuoroissa jolloin geriatri kiertää."

"Asiallinen käytös puolin ja toisin olisi eduksi.."

"Asiallinen käytös palautetta annettaessa."

Asenteet (n=5) ja näkemyserot eri ammattiryhmien välillä (n=4)

"Ortopedit ovat kyllä välinpitämättömiä geriatrasta toimintaa kohtaan."

"Osastolla hoidetaan myös muita potilasryhmiä. Geriatrin määräykset saattaa jäädä tekemättä heti tai unohtuvat."

"Osastolla edelleen myös muita hoidettavia kuin vain geriatriset potilaat."

"Niin olen kuullut sanottavan, että nykyaikana ei hoitaja enää nosta eikä omin voimin itseään rasita. Hoitaja ohjaa ja potilas tekee. Tai sitten on laitteet, joilla tehdään. Onko näin....?"

"Ortopedit ja geriatri antavat välillä erilaisia määräyksiä, on vaikea tietää kumpaa uskoa ja totella."

"Geriatreilla ja ortopedeilla ei aina ole samat näkemykset"

"Geriatrien/ortopedien erilaiset näkemykset hankaloittaa toiminnan sujuvuutta."

"Tasavertaista keskustelua enemmän kuin toisen työn osoittelua".

Kokemus hoitotyön arvostuksen puutteesta (n=2)

"Hoitaja-geriatri akseli ei aina toimi. Välillä tuntuu, että geriatri ei arvosta hoitajan työtä esim. on hoitajan huonoutta, kun ei saa pot. syömään."

"Minä LÄÄKÄRI sinä (vain) hoitaja erittäin toimimaton asetelma nykyaikana."

Potilaslähtöisyyden puute (n=2)

"Noudatetaan samaa kaavaa kaikkiin potilaisiin esim. nostetaan pot. ylös vaikka pot. kunto huono tai erittäin kipeä potilas.."

"Pohdituttanut myös se tosiasia, miksi rukka vanhukset täytyy väen vängällä väkertää pystyyn vaikka kuinka kipeinä. Muutamalla kerralla olen ollut mukana, kun mumma huutanut suoraa huutoa ääni falsetissa ja hoitajat sitten yrittävät molemmin puolin kannatella voimalla vastustavaa vanhusta. Se ei inhimillistä. En haluaisi omalle omaiselleni. Eri asia ovat vanhukset, jotka itse ovat asialla ja niitäkin löytyy."

Hoitajien keskinäinen työnjako (n=2)

"Kaikki, jotka työskentelevät osastolla hoitaen ortogeriatrisia potilaita on pelin säännöt selvillä. Joustavuutta toiminnassa."

"Jos olisi selvillä ryhmäjakoja tehdessä kuka lähtee geriatrin kierrolle, osaisi jo aamusta valmistautua esim. potilaat ajanvarauskirjalle, potilaisiin tutustuminen, jne. varsinkin jos tulee vapailta ei ole mitään tietoa mitä muina päivinä on tapahtunut."

Ortogeriatriinen toiminta osastolla tulevaisuudessa. Kysymyksessä 26 vastaajilta kysyttiin halukkuutta toimia ortogeriatrisessa hoitotyössä. Vastaajista lähes puolet (n=10) halusi työskennellä saman verran kuin tällä hetkellä, kolmasosa (n=8) vähemmän, (n=1) enemmän, (n=1) ei lainkaan ja (n=2) vastaajista ei tiennyt kantaansa.

Kysymyksessä 27 kartoitettiin syitä ja tekijöitä mitkä vaikuttavat haluun toimia ortogeriatrisessa hoitotyössä. Vastaajia oli 15. Vastauskohtia oli yhteensä 26 kpl. Analysoin ilmaukset sisällön analyysillä ja pyrin säilyttämään alkuperäisilmauksessa käytettyjä ilmaisuja. Tulokset on esitetty alla olevassa taulukossa 9. Vastausten sisältö on ryhmitelty positiivisiin (vihreät) ja negatiivisiin asioihin (siniset). Säilytin myös yhden alkuperäisilmauksen. Suluissa olevat numerot ilmaisevat samankaltaisten vastausten lukumäärän.

Taulukko 9. Hoitotyöntekijöiden halukkuuteen vaikuttavat tekijät ortogeriatrisessa hoitotyössä toimimiseen

" Pitkän elämän eläneet/monenlaisia vaiheita kokeneet ihmiset ansaitsevat arvostuksen ja hyvän huolenpidon".				
Ortoger. tietoa tarvitaan ja se on tärkeää (2)	Potilaita on tulevaisuudessa yhtä paljon tai enemmän (1)	Ortoger. tieto kiinnostaa (2)	Ortoger. toiminta on osa tämän osaston toimintaa (3)	Halu olla perillä suosituksista (1)
Ort. ger potilaan hoitotyö vaatii enemmän syventymistä kuin nyt on mahdollista (1)	Halu osata toteuttaa laadukasta hoitoa (1)	Pitää kyseisen potilasryhmän kanssa työskentelystä (1)	Kokemus työn palkitsevuudesta ja mielekkyydestä (1)	
Nykyiset geriatrian kierrot ovat satunnaisia (1)	Haluttomuus olla kehittämässä ortoger. toimintaa (1)	Ort. ger. potilaiden hoito on fyysisesti raskasta, oma terveys huolettaa (3)	Ortopedien ja geriatrien määräysten ristiriitaisuus (1)	
Asenne: Ort. ger. osasto voisi sijaita perusterveydenhuollon piirissä (2)	Muut vastuualueet teettävät töitä lähes jokaisessa työvuorossa (1)	Lääkäreiden arvostuksen puute hoitajien työtä kohtaan, tunne, että hoitajien työn laatua ja taitoja epäillään (2)	Työskentelystä pitäminen osastolla, jossa vaihtuvuus on suuri ja kuntoutus nopeaa (2)	

Kysymyksessä 28 selvitettiin halukkuutta kehittää hoitotyötä moniammatillisessa tiimissä. Vastaajista puolet (n=11) ei tiennyt kantaansa, kolmasosa (n=8) vastaajista ei halunnut ja (n=3) vastaajista halusi olla mukana kehittämässä hoitotyötä.

Kysely päättyi kysymykseen 29: haluaisivatko vastaajat, että toimintaa toteuttaisi työntekijäryhmä, joka toimisi ortogeriatristen potilaiden parissa? Vastaajista puolet (n=11) vastasi kyllä. Vastaajista (n=3) vastasi ei sekä kolmasosa (n=8) ei tiennyt kantaansa.



LIITE 3. A3–ongelmanratkaisupohja

(Jousmäki 2014)

A3 ongelmanratkaisu		Ihmisen terveyden tähden													
Asia/ongelma: Kirjoita kiteytetysti, mikä on ongelmana.	Tavoitetila: Laadi kuvaus tavoitetilasta, jossa em. ongelmat/hukka on poistettu.														
Taustatiedot: Kuvaile ongelman taustaa. Kuinka merkittävä ongelma on? Mitkä ovat ongelman seuraukset?															
Nykytila: Kuvaile nykytila käyttäen virtauskaaviota tai muuta kaaviota. Ympyröi kuvauksesta ongelmakohdat. Tunnista ne toiminnan alueet, jotka eivät ole optimaalisia.	Kehitystoimet: Luettele toimet, joilla tavoitetilaan päästään.														
Ongelman analysointi, perussyiden etsiminen: Luettele yksilöidyt ongelmat. Etsi ongelmien juuri-/perussyyt. "Miksi, miksi, miksi, miksi, miksi?"	Toteutussuunnitelma: <table border="1"> <thead> <tr> <th>Mitä</th> <th>Kuka</th> <th>Milloin</th> <th>Odotettu lopputulos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kehittämistoimi</td> <td>Vastuuhlö</td> <td>Milloin valmista?</td> <td>Mitä odotetaan saavutettavan?</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Mitä	Kuka	Milloin	Odotettu lopputulos	Kehittämistoimi	Vastuuhlö	Milloin valmista?	Mitä odotetaan saavutettavan?				
	Mitä	Kuka	Milloin	Odotettu lopputulos											
	Kehittämistoimi	Vastuuhlö	Milloin valmista?	Mitä odotetaan saavutettavan?											
Kustannukset/hyöty: Mitä kustannuksia kehitystoimet aiheuttavat? Mitä hyötyä saavutetaan? Miten mitataan? Säästöä?															
Kokeilu: Miten toteutetaan? Mikä on tulos verrattuna tavoitteeseen? Otetaanko käyttöön?															
Seuranta: Mitä, milloin ja kuka mittaa? Mittarit? Todelliset tulokset verrattuna tavoitteeseen															
Tekijät:		Yksiköt:	Pvm:												